

# **Ikke bare enkle prosedyrer...**

*Læring og utvikling av praktiske ferdigheter i en naturlig setting*

**Grethe Brynildsen**



Hovedfagsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

**UNIVERSITETET I OSLO**

19.03.07





UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Grethe Brynildsen	<b>Dato:</b> 12.03.07
<b>Tittel og undertittel:</b> <b>Ikke bare enkle prosedyrer...</b> <b>Læring og utvikling av praktiske ferdigheter i en naturlig setting.</b>	
<u>Sammendrag:</u> <b>Formål:</b> Hensikten med studien er å belyse læring og utvikling av grunnleggende praktiske sykepleieferdigheter i sykepleiestudenters praktiske studier på sykehjem.  <b>Teoretisk forankring:</b> Studien tar utgangspunkt i kunnskap og litteratur som omhandler ulike aspekter ved praktisk ferdighetslæring i naturlige kliniske settinger. Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse (1999) benyttes for å analysere og belyse studentenes ferdighetsutførelse og utvikling og er sentral for forståelsen av praktiske ferdigheter i denne studien. Den teoretiske bakgrunnen innbefatter også litteratur knyttet til morgenstell som grunnleggende sykepleiehandling og sentral læresituasjon.  <b>Metode:</b> Studien har et utforskende og beskrivende design, med en åpen hermeneutisk tilnærming. Fem studenter i sin første kliniske praksis på sykehjem ble observert to ganger hver, - i begynnelsen og slutten av en åtte ukers praksisperiode - mens de hjalp pasienter med morgenstell. Siste observasjon ble etterfulgt av intervju senere samme dag. Datamaterialet fra observasjonene ble analysert ut fra Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse. Hensikten var å få fram karakteristika, endringer og positiv, negativ eller manglende utvikling hos studentene. Intervjuene ble gjennomgått i forhold til resultatene fra analysen av observasjonene og ble benyttet til å belyse eller utfylle aspekter herfra.  <b>Resultater:</b> Kvalitative beskrivelser av hver enkelt student ut fra modellens komponenter viser at studentene er ulike både når det gjelder hver observasjon, hver enkelt komponent i handlingen og i forhold til endring og utvikling. Dette kommer også tydelig fram når studentenes handlinger oppsummeres i en tabell der overordnede kategorier / begreper er benyttet for å beskrive utførelse og utvikling. Andre funn som synliggjøres i tabellen er at ingen av studentene utviklet seg i forhold til nøyaktighet, mens fire av fem studenter utviklet mer flyt i handlingene sine. I andre observasjon framkom mangler ved studentenes utførelse som indikerte utilfredsstillende læring og utvikling. Kompleksiteten i praktisk ferdighetsutøvelse i naturlige settinger synliggjøres blant annet ved at analysen frambrakte mange ulike begreper og aspekter ved utøvelsen knyttet til hver av modellens komponenter.  <b>Konklusjon:</b> Når praktiske ferdigheter skal læres og utføres i naturlige kliniske settinger, innebærer det relasjonelle og kontekstuelle aspektet en kompleksitet som antyder rike læringsmuligheter, men studien indikerer at dette læringspotensialet ikke utnyttes i tilstrekkelig grad. Kompleksiteten i ferdighetslæringen fordrer gode læringsredskaper, og Bjørks modell for ferdighetsutførelse foreslås som et mulig redskap for kritisk refleksjon over egne og andres handlinger. Samtidig understrekes det at en modell ikke favner hele virkeligheten og må ses i sammenheng med studentenes forutsetninger i møte med de ressurser og barrierer som finnes i det kliniske læringslandskapet.  <b>Nøkkelord:</b> Sykepleierstudent, sykepleierutdanning, læring av praktiske ferdigheter, praktiske studier, læring i praksis, Bjørks modell for ferdighetsutførelse, morgenstell.	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Grethe Brynildsen	<b>Date:</b> 12.03.07
<b>Title and subtitle:</b> <b>Not just a simple task.....</b> <b>Learning and developing practical skills in a clinical setting</b>	
<p><u>Abstract:</u></p> <p><b>Purpose:</b> The aim was to explore how nursing students learned and developed basic, practical nursing skills during their first clinical placement in a nursing home</p> <p><b>Theoretical background:</b> The study is based on current knowledge pertaining to different aspects of practical skill acquisition and development in natural clinical settings. Bjørk's model of practical skill performance (1999) is essential to the understanding of the complexity inherent in practical skill performance in this study. The theoretical background also includes literature related to assisted personal body care as a basic nursing activity and thus also at the core of nursing skill acquisition.</p> <p><b>Method:</b> This study has an exploratory and descriptive design, using an open, hermeneutical approach. Five students in their first clinical placement in a nursing home were each observed twice – at the start and at the end of an eight-week period, while assisting patients with personal body care. Bjørk's model of practical skill performance was used to analyse the observational data. The purpose was to elucidate characteristics, changes, as well as positive, negative, or absent development in the students. Data from the interviews were approached with the results of the observational analyses as a background, and were used to illuminate or fill in aspects from these.</p> <p><b>Results:</b> Qualitative descriptions of each individual student based on the components of the model show that the students differ, both as it applies to each observation, to the individual components of actions, and to change and development. This was particularly evident when the students' actions were summarized in a table where higher level categories and concepts were employed to describe performance and development. Other results evident from the table, was that none of the students became more accurate in their actions, while four out of five became more fluent. Descriptions from the second observation contain deficiencies in the students' execution which suggest inadequate learning and development. The complexity inherent in practical skill performance was highlighted by several different concepts and aspects of skill performance related to each of the components of the model brought forth by the analysis.</p> <p><b>Conclusion:</b> When practical skills are learned and performed in natural clinical settings, both the relational and the contextual aspects imply a complexity that points to a wealth of learning opportunities. However, the present study indicates that this learning potential is not adequately realised. The complexity of skill acquisition requires good learning tools, and Bjørks' model of practical skill performance is proposed as a possible tool for critical reflection on self as well as others. However, a model can never completely mirror reality, and therefore needs to be seen in relation to the students' qualifications and abilities when confronted with the resources as well as barriers inherent in the landscape of clinical learning.</p>	
<b>Key words:</b> Nursing student, nursing education, practical skill learning, learning in the clinical setting, Bjørk's model of practical skill performance, assisted personal body care	

## FORORD

Læring og utvikling av praktisk dyktighet i sykepleie har vært et område av sykepleierutdanningen som har engasjert meg gjennom mange år som lærer for sykepleiestudenter. Å få mulighet til å få studere praktiske ferdighetslæring i en klinisk setting på en mer systematisk måte, har vært lærerikt og spennende. Det å hjelpe pasienter med morgenstell eller kroppsstell har vært sentralt både i egen praksis og når jeg har veiledet studenter i ulike kliniske settinger. Det har vært interessant å arbeide på denne måten med en handling som har vært og er en så grunnleggende og tradisjonsrik sykepleieoppgave. Anledningen til å stoppe opp og betrakte, vurdere og analysere en handling isolert fra de forpliktelser og oppgaver man har som lærer og veileder, har gitt meg tanker og ideer det blir verdifullt å ta med i det videre arbeidet med sykepleiestudenter og deres læring i kliniske studier.

Det er mange som har bidratt til å gjøre det mulig å gjennomføre dette arbeidet. Jeg vil rette en stor takk til Ida Torunn Bjørk for tålmodig og konstruktiv veiledning gjennom de årene det har tatt å fullføre hovedoppgaven.

Takk også til alle som sa seg villig til å delta i prosjektet. En spesiell takk til de fem studentene som var villig til å bli observert og intervjuet i en krevende studiehverdag. Takk til de involverte parter ved utdanningsstedet og sykehjemmet for mulighet til å gjennomføre studien og for godt samarbeid.

Jeg vil også rette en takk til gode kollager og venner for oppmuntring og støtte gjennom denne prosessen; - det har betydd utrolig mye.

En spesiell takk går til familien min; - Thor Willy, Herdis Marie, Eirin og Erik Andreas. Takk for at dere har holdt ut, forstått, gitt meg nytt mot når det har røynet på – og gjort det mulig for meg å fullføre.



# INNHOOLD

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1	Avklaring av ord og begreper .....	4
1.2	Oppgavens oppbygning .....	5
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK BAKGRUNN.....</b>	<b>6</b>
2.1	Sykepleiefaglig kompetanse .....	6
2.1.1	Sykepleiefaglig kompetanse er sammensatt.....	6
2.1.2	Sykepleiefaglig kompetanse er knyttet til evne til å handle .....	7
2.1.3	Kompetansen er ikke absolutt, men dynamisk .....	8
2.2	Å lære å pleie syke .....	9
2.3	Sykepleierutdanningen og ulike kunnskapsformer .....	10
2.4	Perspektiver knyttet til ferdighetslæring i naturlige kontekster .....	15
2.5	Naturlige settinger som arena for praktisk ferdighetslæring .....	19
2.5.1	Praktiske ferdigheter læres innenfor en setting med en annen logikk enn skolesettingen.....	20
2.5.2	Studenten skal lære å utføre handlinger i relasjon til andre personer	22
2.5.3	Kliniske studier foregår i en kontekst der fokus er utøvelse .....	25
2.6	En modell for praktisk ferdighetsutførelse.....	26
2.6.1	Komponenter .....	28
2.6.2	Bruk av modeller for å gjøre virkeligheten mer oversiktlig.....	32
2.7	Morgenstell – en sentral og kompleks sykepleiehandling .....	32
2.7.1	Innholdet i et godt morgenstell.....	33
2.7.2	Betydningen av et godt morgenstell for pasienten .....	35
2.7.3	Betydningen for studentenes læring.....	37
<b>3.0</b>	<b>METODE.....</b>	<b>44</b>
3.1	Hvorfor kvalitativ tilnærming.....	44
3.2	Hermeneutisk tilnærming .....	45
3.3	Design.....	47
3.4	Valg av felt .....	48
3.5	Utvalg av studenter .....	49
3.6	Metode for innsamling av data .....	51
3.6.2	Intervju .....	56
3.7	Analyse av observasjonsnotatene.....	58
3.7.1	Bearbeiding av materialet etter første observasjon .....	58
3.7.2	Bearbeiding og analyse av datamaterialet fra begge observasjoner .....	59
3.7.3	Bearbeiding av intervjuene.....	64
3.8	Validitet og refleksivitet .....	65
3.9	Etiske overveielser .....	66
3.9.1	Skriftlig informert og fritt samtykke .....	67
3.9.2	Konfidensialitet .....	67
3.9.3	Sensitivitet i observasjons- og intervjusituasjonen.....	67
<b>4.0</b>	<b>RESULTATER.....</b>	<b>69</b>

<b>4.1</b>	<b>Beskrivelse av hver enkelt student</b>	69
4.1.1	Student A	70
4.1.2	Student B	72
4.1.3	Student C	75
4.1.4	Student D	78
4.1.5	Student F	80
<b>4.2</b>	<b>Oppsummering</b>	83
<b>4.3</b>	<b>Mangler i andre observasjon som tyder på manglende læring</b>	85
4.3.1	Substans	85
4.3.2	Sekvens	85
4.3.3	Nøyaktighet	86
4.3.4	Flyt	86
4.3.5	Integrasjon	87
4.3.6	Omsorg	87
<b>4.4</b>	<b>Aspekter og begreper knyttet til modellens komponenter</b>	88
4.4.1	Substans og sekvens	88
4.4.2	Nøyaktighet	89
4.4.3	Flyt	89
4.4.4	Integrasjon	90
4.4.5	Omsorg	90
<b>4.5</b>	<b>Avslutning</b>	90
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON</b>	92
<b>5.1</b>	<b>Mangel på entydighet og karakteristiske mønstre</b>	92
5.1.2	Metodediskusjon	92
<b>5.2</b>	<b>Variasjon i utførelse, læring og utvikling</b>	95
<b>5.3</b>	<b>Forholdet mellom nøyaktighet og flyt – og betydningen av nøyaktighet i ferdighetsutførelsen</b>	97
<b>5.4</b>	<b>Omsorg som en del av ferdighetsutførelsen</b>	99
<b>5.5</b>	<b>Kompleksiteten i ferdighetsutførelsen</b>	101
<b>5.6</b>	<b>Utnytting av læringspotensialet i kliniske studier</b>	102
5.6.1	Oppfølging og veiledning	103
5.6.2	Betydningen av en trygg læringsarena	108
5.6.3	Medstudenters rolle i læreprosessen	110
5.6.4	Andre læremestere i praksis	111
<b>5.7</b>	<b>Modellen som vurderings- eller lærings- og refleksjonsredskap i praktiske studier</b>	112
5.7.1	Modellen som vurderingsredskap	113
5.7.2	Modellen som lærings- og refleksjonsredskap	113
<b>5.8</b>	<b>Kritikk av modellen</b>	116
<b>5.9</b>	<b>Avslutning</b>	118
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b>	119
	<b>LITTERATUR</b>	122



## **VEDLEGG**

- Vedlegg 1:** Søknad om adgang til utdanningsinstitusjon
- Vedlegg 2:** Svar fra utdanningsinstitusjon
- Vedlegg 3:** Søknad om adgang til sykehjem
- Vedlegg 4:** Svar fra sykehjem
- Vedlegg 5:** Informasjon med samtykkeerklæring til studentene
- Vedlegg 6:** Bakgrunnsopplysninger om studenter
- Vedlegg 7:** Informasjon til deltakerne
- Vedlegg 8:** Tilleggsinformasjon om konfidensialitet til deltakerne
- Vedlegg 9:** Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
- Vedlegg 10:** Kvittering for mottatt melding fra Datatilsynet
- Vedlegg 11:** Observasjonsguide
- Vedlegg 12:** Intervjuguide

## **FIGURER**

- Figur 1:** Bjørks modell for ferdighetsutførelse.....s. 28
- Figur 2:** Eksempel fra analysen.....s. 60
- Figur 3:** Aspekter knyttet til nøyaktighet.....s. 62
- Figur 4:** Eksempel fra analysen.....s. 63
- Figur 5:** Illustrasjon på antall trinn i delsekvens av handling.....s. 88

## **TABELL**

- Tabell 1:** Samlet framstilling av studentenes ferdighetsutførelse.....s. 84



## 1.0 INNLEDNING

Innenfor alle yrker og profesjonsutdannelse skal studenter og elever lære å handle i samsvar med det som er det aktuelle yrkets samfunnsmessige mandat eller ansvar. De skal lære å gjøre noe; - å handle, og de skal lære hvordan disse handlingene skal utføres for å fylle de krav om kompetanse og kvalitet samfunnet til enhver tid stiller til yrket eller profesjonen. Handlingsaspektet vil være mer eller mindre sentralt i ulike profesjoner. Sykepleiers sosiale mandat er knyttet til å lindre lidelse og fremme livsoppretholdende og helsefremmende aktiviteter (Kirkevold 1996), og handlingsaspektet står meget sentralt i oppfyllelsen av dette mandatet. Det å kunne handle er også tydelig framhevet i de siste rammeplanene for sykepleierutdanning, der begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap benyttes når man omtaler sykepleierens ønskede kompetanse ved endt utdanning (KUF 2000 og UFD 2005). I tråd med dette endret man også rammene for kliniske studier i sykepleierutdanningen. I følge rammeplanen av 1987 (RHHS 1987) var omfanget av praksis minimum 48 uker. I 1992 kom en revidering av disse rammene som reduserte omfanget av direkte pasientrettet arbeid til 40 uker (Kultur- og vitenskapsdepartementet 1992 og KUF 1999). I rammeplanene av 2000 og 2005 er omfanget av praksisstudier ”i samarbeid med pasienter og pårørende” igjen økt til minst 50 uker i løpet av utdanningen (KUF 2000, s.47 og UFD 2005, s.10).

Sykepleierutdanningen har gjennomgått store forandringer de siste tiårene. Fra å være en utdanning med hovedvekt på praktisk opplæring innenfor en mesterlæretradisjon, der sykehusene eide og drev skolene, har den utviklet seg til en akademisk utdannelse der teoretiske studier og oppgaver utgjør en forholdsmessig stor del av utdanningen, og der det er blitt et klart skille mellom utdanning og yrkesutøvelse på alle nivåer (Fagermoen 1993, Bjørk 1996, Christiansen, Heggen & Karseth 2004 ). En annen viktig forandring er at antall sykepleiestudenter de siste tiårene er mangedoblet. Dette har skapt et stort press på praksisfeltet, særlig i områder der det er mange utdanningssteder og de fleste har økt studenttallet betydelig. Disse endringene har blant annet hatt konsekvenser for sykepleierstudentenes praktiske opplæring. I løpet av de siste årene har flere studier belyst ulike utfordringer og problemer knyttet til de kliniske studiene i sykepleierutdanningen

(Granum et. al. 1990, Fagermoen 1994, Heggen 1995, Benum 1998, Granum 1998, Lohne og Knutstad 2001). Samtidig forutsetter utvikling av handlingskompetanse og -beredskap i sykepleiestudiene øving, veiledning, undervisning og opplæring i reelle praksissituasjoner. Hva karakteriserer så den læring og utvikling som foregår i praksis innenfor gitte og ofte langt fra ideelle forhold?

En viktig del av handlingskompetansen vil være de ferdigheter studentene utvikler i løpet av utdanningen. Selv om mange har studert og belyst ulike aspekter ved de kliniske studiene i sykepleierutdanningen, har få vært knyttet til utvikling av ferdigheter, eller praktisk kompetanse, slik Mekki-utvalget tilrådte i sin rapport (KUF 1999). Fagermoen (1998a) skriver at det er viktig at det forskes på læring av sentrale ferdigheter i sykepleie, deriblant praktiske ferdigheter. Bjørk (1996, 1999) har satt søkelyset på praktiske ferdigheter innenfor sykepleierutdanningen. Hun mener at så vel fagmiljøet som sykepleierutdanningen har lagt for liten vekt på denne delen av utdanningen og anbefaler et større bevisst engasjement for å utvikle de praktiske sidene ved sykepleien. Hun hevder også at utdanningsforskning relatert til læring av praktiske ferdigheter har vært beskjeden, både her i Norge og i internasjonal sammenheng.

I forbindelse med sin doktoravhandling studerte Bjørk (1999) hvordan nyutdannede sykepleiere utviklet praktiske ferdigheter i løpet av ett år. Studien viste blant annet at sykepleierne lærte å utføre prosedyrer raskere og mer effektivt, men at de fortsatt hadde essensielle mangler i deler av ferdighetsutøvelsen. Bjørk mener at sykepleiernes manglende utvikling blant annet kan komme av at de går mye alene og at de får liten feedback på det de gjør. Studier (Granum et. al. 1990, Rummelhoff 2003, Lillemoen 2006) indikerer at man her kan finne paralleller til sykepleierstudentenes erfaringer i praksis. Det syntes derfor relevant å studere sykepleierstudenters læring og utvikling i løpet av en praksisperiode for å belyse praktisk ferdighetslæring i en naturlig praksissetting. Denne settingen kan være både problematisk og utfordrende, men kompleksiteten og det relasjonelle aspektet gjør likevel praksis til en dynamisk og spennende lærearena. I sykepleierutdanningen blir det alltid viktig å få mer kunnskap om hvordan vi best kan utnytte denne læringsarenaen.

Bjørk studerte nyutdannede sykepleieres *videre* utvikling av sin handlingskompetanse. I min studie ønsket jeg å gå til starten av utdanningen og se på nye sykepleierstudenters *begynnende* utvikling av handlingskompetanse. I grunnutdanningens første studieår legges både et teoretisk og praktisk grunnlag for videre læring, vekst, utvikling og engasjement i forhold til det faget studentene skal lære. Det er også her det teoretiske grunnlaget skal integreres i praktiske handlinger i en naturlig setting for første gang, og det er i denne første praksisperioden at studentene skal utvikle en del grunnleggende sykepleieferdigheter og således en begynnende handlingskompetanse.

Sykehjemmene er blitt sentrale som praksissteder for flere ulike helsefaglige utdanninger. Mange sykepleierutdanninger bruker sykehjem som praksissted i første studieår av forskjellige grunner. Blant annet mener man studentene her får lære en del grunnleggende ferdigheter i et relativt stabilt og oversiktlig miljø. Sykehjemmene er imidlertid også en utfordrende og krevende læringsarena (Rummelhoff 2003, Lillemoen 2006), noe som gjør det viktig å få mer kunnskaper om læring av sykepleie i denne settingen. På bakgrunn av dette valgte jeg følgende problemstilling for studien:

*Sykepleiestudenters læring og utvikling av grunnleggende praktiske ferdigheter i kliniske studier på sykehjem - sett i lys av en modell for praktisk ferdighetsutførelse.*

En av resultatene av Bjørks doktorgradsstudium (1999) var utvikling av en modell for praktisk ferdighetsutøvelse i sykepleie. Gjennom flere år som lærer innenfor sykepleierutdanningen har jeg observert og veiledet studenter i praksis. Denne erfaringen ønsket jeg å bruke i studien, samtidig som Bjørks modell ble et redskap som gjorde det mulig å studere studentenes ferdighetsutvikling systematisk og på en annen måte enn det jeg tidligere har gjort som lærer og veileder.

Rammeplanen for sykepleierutdanning (UFD 2005, s.5) skriver at studentene skal utvikle handlingskompetanse ”til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen”, og at denne kompetansen er rettet mot ”ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie”.

Det å hjelpe pasienter med kroppsvask er en meget sentral og grunnleggende sykepleiehandling og er også en viktig læresituasjon for sykepleierstudenter, særlig der praksisstudiene foregår i en sykehjemssetting. Det syntes derfor naturlig å ta utgangspunkt

i denne handlingen når studien skulle rettes mot utvikling av grunnleggende ferdigheter i løpet sykepleierstudentenes første kliniske praksis på sykehjem.

Fagermoen skrev i 1993 at det innenfor sykepleierutdanningen stadig ble uttrykt behov for å lære mer om undervisningsmetoder, men at det hadde vært få spørsmål knyttet til hvordan studenter *lærer* sykepleie. Bjørk (1996, 1997) spør om vi virkelig forstår hva det betyr å tilegne seg praktiske ferdigheter i sykepleie og skriver at vi ikke kommer utenom en pedagogisk debatt om hvordan praktiske sykepleiehandlinger skal læres. Hun mener også det er viktig for forskere innenfor sykepleierutdanningen å studere ferdighetslæring i naturlige settinger. Praktisk ferdighetslæring er en ressurskrevende del av utdanningen, og kunnskap og innsikt om hvordan sykepleieferdigheter læres vil kunne bidra til at organisering og prioriteringer gjøres ut fra pedagogiske og fagdidaktiske overveielser snarere enn ut fra en for sterk økonomisk og administrativ rasjonalitet (Jensen 1999). Bjørk har med sine studier belyst vesentlige sider ved praktisk ferdighetslæring, og jeg ønsket i min studie å bygge videre på noe av dette, for om mulig å oppnå økt innsikt og forståelse for hvordan et sentralt aspekt ved sykepleie læres.

## **1.1 Avklaring av ord og begreper**

Når det gjelder en nærmere utdyping av sentrale aspekter og begreper i denne studien, slik som praktiske ferdigheter, læring og utvikling i naturlige settinger og begreper knyttet til modellen for ferdighetsutførelse (Bjørk 1999), henvises det til teorikapitlet. Jeg har valgt å bruke ordet ”pasient” om sykehjemsbeboerne, både for å understreke at de morgenstellsituasjonene som er observert like gjerne kunne foregått på andre arenaer i helsevesenet og for å tydeliggjøre at dette dreier seg om personer med komplekse og til dels store behandlings- og pleiebehov. Når begrepet ”beboer” likevel benyttes noen steder, er det fordi denne betegnelsen ble brukt på det aktuelle sykehjemmet på tidspunktet for undersøkelsen. Samtlige deltakere, både pasienter og studenter i studien var kvinner, og derfor brukes betegnelsen ”hun” om begge.

## **1.2 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2.0 redegjøres det for studiens teoretiske bakgrunn. Først belyses aspekter knyttet til utvikling av sykepleiefaglig kompetanse. Der nest omtales noen sentrale temaer knyttet til synet på kunnskap og læring innenfor sykepleierutdanningen. Dette danner utgangspunktet for en nærmere beskrivelse av aspekter som vurderes essensielle i læringen av praktiske sykepleieferdigheter; - relatert til studiens problemstilling. Bjørks modell for praktisk ferdighetsutøvelse (1999) blir brukt som analyseredskap og er også sentral for forståelse av praktiske ferdigheter i denne studien. I neste del av teorikapitlet gjøres det derfor rede for modellens bakgrunn og komponenter. Teorikapitlet avsluttes med en beskrivelse av morgenstell som en sentral og kompleks sykepleiehandling, hvilken betydning det har for pasienten og betydningen av morgenstell som læresituasjon for sykepleiestudenter.

Kapittel 3.0 beskriver studiens vitenskapsteoretiske tilnærming, design og metodiske framgangsmåter. I kapittel 4.0 presenteres resultatene fra analysen av observasjonsnotatene, med hovedvekt på hver enkelt students utførelse og utvikling. Resultatene drøftes i kapittel 5.0. Her blir også noen resultater fra intervjuene med studentene trukket inn som en del av drøftingen. I oppgavens siste del blir det foretatt en oppsummering og konklusjon med forslag til videre studier.

## **2.0 TEORETISK BAKGRUNN**

Denne delen av oppgaven omhandler temaer som vurderes sentrale for oppgavens fokus og tema. Bjørks modell for ferdighetsutøvelse (1999) er valgt som analyseredskap og er sentral i forståelsen av praktiske ferdigheter i denne studien. Når det gjelder læring av ferdigheter i naturlige settinger, blir imidlertid ikke dette knyttet til ett bestemt perspektiv. Det er i stedet valgt å trekke inn relevant kunnskap som belyser aspekter som anses å ha betydning for læring av praktiske ferdigheter i sykepleie. Teorikapitlet omhandler både mer generelle og overordnede emner knyttet til kompetanse og læring innenfor sykepleierutdanningen, og mer konkrete aspekter relatert til praktisk ferdighetslæring i kliniske settinger. I siste del av kapitlet redegjøres det for Bjørks modell for praktisk ferdighetsutøvelse og morgenstell som læresituasjon.

### **2.1 Sykepleiefaglig kompetanse**

Praktiske sykepleieferdigheter utgjør en sentral del av den sykepleiefaglige kompetansen studentene skal utvikle. I det følgende beskrives tre aspekter ved kompetansebegrepet som synes relevante for denne studien.

#### **2.1.1 Sykepleiefaglig kompetanse er sammensatt**

I den forrige rammeplanen for sykepleierutdanning (KUF 2000) ble følgende uttrykt om sykepleiefaglig kompetanse: ”Sykepleiefaglig kompetanse uttrykker helheten i de kunnskaper, holdninger og ferdigheter en nyutdannet sykepleier skal kjennetegnes ved” (s.29). I denne rammeplanen ble den sammensatte kompetansen illustrert ved en beskrivelse av fem delelementer av kompetanse: Teoretisk-analytisk kompetanse, praktisk kompetanse, læringskompetanse, sosial kompetanse og yrkesetisk kompetanse (s.29). I praktisk handling vil disse elementene være integrert i hverandre. De kan skilles fra hverandre teoretisk for å få et klarere bilde av kompetansebegrepets innhold og kompleksitet, men kan vanskelig ses atskilt når sykepleieres eller studenters praktiske handlinger studeres eller vurderes. I denne sammenhengen er det viktigere å være oppmerksom på kompleksiteten disse delelementene illustrerer. På veien mot utvikling av



”totale og relevante forutsetninger for å praktisere faglig forsvarlig sykepleie” (KUF 2000, s.29), er det mange aspekter studenter, lærere, veiledere og sykepleierutdanningen skal ta hensyn til. Kompleksiteten i den sykepleiefaglige kompetansen gir didaktiske utfordringer det er viktig å være klar over i arbeidet med fag og studenter. Samtidig som man trenger en ”didaktisk ydmykhet” overfor denne kompleksiteten, kan man imidlertid komme til å la denne kompleksiteten styre utdanningsplaner og innhold slik at man får litt av alt i for stor grad, også i de kliniske studiene. Fokus på handling og funksjon er hensiktsmessig i tilnærmingen til utvikling av den sammensatte / komplekse kompetansen som er nødvendig i mange yrkes- og profesjonsutdanninger (Hiim og Hippe 2000).

### **2.1.2 Sykepleiefaglig kompetanse er knyttet til evne til å handle**

I de to siste rammeplanene (KUF 2000 og UFD 2005) har man valgt å betone handlingsaspektet ved sykepleiekompetansen. Dette gjorde man blant annet ved å benytte begrepene ”handlingskompetanse” og ”handlingsberedskap”. Man ønsket med dette å fokusere på nyutdannede sykepleieres evne til å handle i forhold til gitte sykepleieoppgaver eller sykepleiefunksjoner. Rammeplanen sier følgende om de to begrepene:

*”Handlingskompetanse knyttes til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig.”*

*”Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring for å kunne handle selvstendig” (UFD 2005, s.5).*

I følge rammeplanen skal den nyutdannede sykepleieren ha handlingskompetanse i forhold til sentrale yrkesfunksjoner. Videre framheves det at kompetansen ”hovedsakelig er rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie”(s.5). Rammeplanen uttrykker dermed ikke bare at det å handle er sentralt, men det gis også noen føringer når det gjelder utdanningens ansvar i forhold til kommende arbeidsgivers ansvar når studentene er ferdig utdannet. Bjørk og Kirkevold (1999) stiller spørsmål om hva som er utdanningens ansvar i forhold til funn i Bjørks (1999) studie av nyutdannede sykepleiere, som viste at grunnleggende praktiske ferdigheter ikke var lært i tilstrekkelig grad i løpet av utdanningen. Bjørk (1999) hevder at det faktiske ansvaret for å kvalifisere nyutdannede sykepleiere i sikker og forsvarlig utførelse av grunnleggende praktiske ferdigheter er overført fra utdanningen til de nyansattes praksissetting. I lys av Bjørks resultater og at rammeplanen av 2005 er klar på at utdanningen skal bidra til selvstendig funksjon i forhold til grunnleggende funksjoner, synes det derfor relevant å

undersøke hvordan studenter utvikler evnen til å utføre en av de mest grunnleggende handlinger innenfor sykepleien til pasienter. Det å hjelpe pasienten med å holde kroppen ren og velstelt er knyttet til sykepleiens identitet og tradisjon på en helt spesiell måte, og det er fortsatt en sentral sykepleiehandling i de aller fleste settinger der sykepleiere arbeider. Utnyttes læringspotensialet knyttet til denne handlingen på en måte som sikrer handlingskompetanse ved endt utdanning?

### **2.1.3 Kompetansen er ikke absolutt, men dynamisk**

Fagermoen (1998b) beskriver en alternativ forståelse av sykepleieres grunnkompetanse med utgangspunkt i litteratur om profesjonell kompetanse. Hun skiller mellom statisk og dynamisk kompetanse og relaterer et dynamisk kompetansebegrep til handling. Kompetansen knyttes til det utøvende aspektet. Det er ikke noe man har, men noe en viser i konkrete og virkelige situasjoner. Sykepleierens grunnkompetanse ”uttrykkes i handlinger som preges av mobilisering av kunnskap / erfaring, tilstedeværelse, ivaretagelse, kroppslig pleie og kunnskapsutvikling”(s.15). Grunnkompetansen beskrives her med begreper som uttrykker utøvelse og er dynamiske. Fagermoen mener at utdanningens ansvar må være å utvikle grunnkompetansen og at dette må få konsekvenser for valg av innhold og metoder, så vel i teori som i praksis. Her kan man trekke paralleller til Hiim og Hippe (2001) som hevder at utvikling av yrkes- og profesjonskompetanse må knyttes til den eller de funksjoner man utdannes til å ivareta. ”Utdanningen må fra starten av være systematisk innrettet mot yrkets grunnleggende kvalifikasjonskrav og arbeidsoppgaver” (s.101).

Når det gjelder kroppslig pleie, et element som primært er knyttet til handling, framhever Fagermoen (1998b) dette som kjernen i sykepleierens grunnkompetanse og at de andre elementer naturlig følger av denne. Karoliussen (2002) sier noe av det samme når hun hevder at stell av pasient er en situasjon som påkaller sykepleierens totale kompetanse. Med dette som bakgrunn var det et naturlig valg å fokusere på praktiske ferdigheter knyttet til morgenstell som en del av en begynnende handlingskompetanse eller grunnkompetanse hos sykepleierstudenter i sin første veiledede praksis.

## 2.2 Å lære å pleie syke

”Nurses are not born, but educated...”, sa Florence Nightingale (sitert i Karoliussen 2002, s.34). Den sommeren hun var 25 år, ble hun vitne til at en kvinne døde. Nightingale mente denne kvinnen døde på grunn av ukyndige pleiere, og denne opplevelsen var med å overbevise henne om at sykepleie er noe som må læres (Mathisen 1993). Hun var imidlertid ikke den første som hevdet at sykepleie fordret kyndighet. I oldtiden og i klassisk gresk tradisjon ble pleie av pasienter utført av Hippokrates selv eller medisinske studenter, fordi dette var en oppgave som skulle utføres av kyndige mennesker (Karoliussen 2002). I løpet av 1700- og 1800-tallet ble man stadig mer klar over at pleien av syke måtte forbedres gjennom opplæring. Selv om medisinen hadde gjort store framskritt og det var bygget nye behandlingsinstitusjoner, hadde lite skjedd med pleietilbudet til de syke. Mange, både leger og andre, så at pasienters tilværelse og helsetilstand – og dermed også resultatene av den medisinske behandlingen – var avhengig av kvaliteten på pleietilbudet. Dette behovet la grunnlaget for de første utdanningsinstitusjoner for sykepleiere, både i Europa, Amerika og i Norge (Mathisen 1993, Wyller 1978).

Grunnen til at det historiske aspektet er tatt med i forbindelse med denne oppgavens tema, er valget av stell av pasienter som den handling det fokuseres på. Kroppslig pleie er en grunnleggende og tradisjonell handling i sykepleien til pasienter. Samtidig er det en handling som i mange sammenhenger utføres av pleiepersonale med svært ulike kvalifikasjoner (Touhy 1997). Det synes også som det er ulike oppfatninger, både blant fagfolk innenfor helsevesenet og bevilgende myndigheter, når det gjelder hvilke kvalifikasjoner som er nødvendig for å stelle syke mennesker, særlig innenfor enkelte deler av helsetjenesten. Historien viser at pleie av syke; - og både for Nightingale og andre var det snakk om grunnleggende praktiske sykepleiehandlinger, - var så kompleks at grundig opplæring var nødvendig. Karoliussen (2002) beskriver hvilket potensial for påvirkning av pasientens velvære og helsetilstand sykepleieren har dersom hun bruker alt hun har av kunnskaper og ferdigheter på en kyndig måte. Derfor er dette også en praktisk sykepleiehandling der kravet til faglig kvalitet og grundig opplæring bør være selvsagt.

### **2.3 Sykepleierutdanningen og ulike kunnskapsformer**

Utdanningsinstitusjonene i sykepleie har helt fra starten av framhevet at både teoretisk kunnskap og praktisk opplæring er nødvendig for å utvikle tilstrekkelig kyndighet i utøvelsen av sykepleie. Synet på forholdet mellom teoretisk kunnskap og praksis, og hvordan kunnskapen erverves, har imidlertid endret seg gjennom de årene det har eksistert formell sykepleierutdanning. Fagermoen (1993) tar utgangspunkt i Burnard (1987) og beskriver tre ulike kunnskapsformer i sykepleie: Teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap. Om praktisk kunnskap sier hun at det er de ferdigheter som beherskes og at det dreier seg om å vite hvordan og å kunne gjøre. Erfaringskunnskapen beskrives som individuell, opplevd kunnskap som er et resultat av den enkeltes personlige møte med lærestoff, materiale og personer. Denne kunnskapen er den enkeltes eiendom. I denne studien er det særlig den praktiske kunnskapen og erfaringskunnskapen det fokuseres på, og det synes derfor relevant å skissere hvordan man i arbeidet med utdanning og fag de siste tiårene har forholdt seg til disse kunnskapsformene. Dette fordi synet på den praktiske / erfaringsmessige delen av sykepleiekunnskapen og hvordan denne kunnskapen læres har hatt og har viktige konsekvenser for innhold og organisering av sykepleierutdanningen, og spesielt praksisopplæringen.

Forholdet mellom teoretisk og praktisk innhold i sykepleierutdanningen kan blant annet forstås ut fra sykepleiefagets egenart og dets forhold til andre disipliner. Fagermoen (1993) skisserer et sammensatt fag og en funksjon som ikke kan defineres bare ut fra ett perspektiv. Det har i seg kjennetegn både fra håndverksfag og vitenskapelige fag. Fagets innhold bygges på kunnskap fra både natur- og åndsvitenskapelige fag, samt viten som er utviklet spesielt innenfor sykepleiefaget. Sykepleien karakteriseres også både som et funksjonsorientert fag, der hovedhensikten med utdanning er å utvikle funksjonsdyktighet, og som en profesjonell disiplin som kjennetegnes ved at den både har en fagteoretisk og fagpraktiserende verden. Kompleksiteten gjør det nødvendig å velge og prioritere innhold fra flere ulike fag og disipliner og benytte seg av ulike læringsstrategier og læringsarenaer, og dette har vært og er fortsatt en utfordring for sykepleierutdanningen.

Sykepleierutdanningen i Norge er underlagt norsk utdanningspolitikk og har som sådan også vært preget av andre deler av verden. Karen Jensen (1999) hevder at den vestlige

verden har vært fanget i en logosentrisk kunnskapstradisjon, en tradisjon som er kjennetegnet ved en sterk tro på abstrakt, kontekstfri kunnskap og denne kunnskapens overlegenhet i relasjon til praktisk problemløsning. Denne tradisjonen ble gjort til moralsk målestokk for all utdanning, også de yrkes- og profesjonsrelaterte utdanningene. For de praktisk orienterte yrker og profesjoner førte dette til en sterk ambivalens, i det man opplevde det å bli innlemmet i et formelt akademisk utdanningssystem og det å skulle kvalifisere til et praktisk yrke som en motsetning. Særlig mener hun denne ambivalensen kommer til uttrykk hos lærere og sykepleiere. Kravet om økt læring i samfunnet vårt har ofte medført bokliggjøring og pedagogisk styring av den faglige opplæring, slik at læringsbegrepet begrenses til den formelle og bevisst tilsiktede læring som finner sted på skolearenaen. Dette gjør at den ikke-skolastiske læringen som finner sted for eksempel i arbeidslivet, vurderes som en lavere form for læring (Nielsen og Kvale 2003). I det følgende skisseres noen av konsekvensene en logosentrisk kunnskapstradisjon og en skolastisk utdanningsmodell har hatt for det praktiske aspektet av sykepleierutdanningen.

I løpet av de siste tiårene har praktisk ferdighetslæring fått stadig mindre plass i utdanningen av sykepleiere (Fagermoen 1993 & Bjørk 1996, 1997, 1999). Det kan være flere mulige årsaker til dette. Blant annet har fag- og utdanningspolitiske faktorer hatt konsekvenser for organisering og innhold i sykepleierutdanningen. Et stadig økende skille mellom utdanning og praksis på flere nivåer gjør for eksempel at krav til sykepleiefaglige kvalifikasjoner ikke lenger nødvendigvis er sammenfallende med utdanningspolitiske strategier som har konsekvenser for utdanningen (Fagermoen 1993). Slik ser man at forholdet mellom læring på skolen og i praksis ikke bare er et pedagogisk spørsmål, men også er innvevd i organisatoriske og økonomiske interessekonflikter (Nielsen og Kvale 2003b). Et nyere eksempel på dette er kvalitetsreformens (KUF 2000-2001) finansieringsordning som gjør det lønnsomt for skolene med et høyt antall studenter og stor gjennomstrømning av studentene. Dette kan lett bli overordnet sykepleiefaglige og pedagogiske overveielser om hva som skal til for å utdanne sykepleiere med de kvalifikasjoner helsevesenet har bruk for. Opplæring, veiledning og oppfølging i forhold til læring av praktiske ferdigheter, det være seg i naturlige settinger eller i skolens øvingsrom, er en ressurskrevende del av utdanningen. Med et noe uklart og ubevisst forhold til kompleksiteten og betydningen av praktiske sykepleieferdigheter og hvordan de læres, er det derfor fristende å gjøre nettopp denne delen av utdanningen til salderingspost

ved effektivisering eller reorganisering (Bjørk 2006). Gjennomføringen av ”Midlertidige vilkår” for sykepleierutdanningen (Sosialdepartementet 1975) er et klart eksempel på saldering av den praktiske delen av utdanningen. Samtidig som studentene den gangen oppnådde ønskede studiesosiale vilkår, ble utdanningen i realiteten forkortet med 27 uker. 25 av disse var praksis. I 1980 var timeantallet i praksis redusert ytterligere. Mens det totale antall timer i praksis i 1967 var 3450 timer, var det i 1980 2400 timer (Fagermoen, 1993). At man innenfor sykepleierutdanningen aksepterte en reduksjon i praksisopplæringen på drøyt 30 %, kan enten indikere at man ikke tillot ferdighetslæringen og opplæringen i praksis like stor betydning som tidligere eller at man vurderte at kvaliteten av praksisopplæringen kunne ivaretas like godt med reduserte tidsrammer. I rammeplanen av 2000 (KUF 2000) og ny rammeplan av 2005 (UFD 2005) utgjør tiden i klinisk praksis 1500 timer. Det må anses sannsynlig at reduksjonen av den tiden studentene bruker i praksis har påvirket studentenes mulighet til læring og utvikling av praktiske ferdigheter (Bjørk 1996).

I flere publikasjoner i løpet av 1990-tallet ble det uttrykt bekymring for nyutdannede sykepleieres beredskap til å møte den praktiske virkeligheten innenfor et krevende helsevesen (Havn og Vedi 1997, Bjerkvik 1997, Fjeld 1998 og Mekki og Tollefsen 1998). Mangler knyttet til grunnleggende praktiske ferdigheter var en viktig del av denne bekymringen. Bjørk (1988, 1994, 1995, 1996, 1997, 1999 og 2003) har i en årrekke arbeidet med praktiske ferdigheter innenfor utdanning og klinisk praksis. I to artikler (Bjørk 1995 og 1997) setter hun søkelyset på hva som har karakterisert synet på praktiske ferdigheter og ferdighetslæring innenfor sykepleiedisiplinen og sykepleierutdanningen. Hun hevder blant annet at sykepleien som fag og disiplin har forsømt viktige konfliktområder som har oppstått de siste tiårene. En gjennomgang av forskningsstudier og litteratur fra 1950- årene og fram til begynnelsen av 90-tallet illustrerer at konfliktene utgjøres av ulike oppfatninger mellom pasienter og sykepleiere på den ene siden og mellom klinikk / praksisfelt og sykepleierutdanningen på den andre siden når det gjelder praktiske ferdigheters plass og betydning i sykepleien (Bjørk 1995).

Konflikten mellom utdanning og praksis ble synlig da sykepleierutdanningen ble skilt fra de kliniske lærestedene og ble organisert i selvstendige læreinstitusjoner. Flere aspekter kan ha bidratt til denne konflikten som synes å ha økt parallelt med plassering av

utdanningen på stadig høyere akademisk nivå (Bjørk 1995). Det kan delvis forklares ut fra de organisatoriske aspektene som Fagermoen (1993) også beskriver, med skille mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner og en markert reduksjon i timetallet i praktiske studier. Et annet sentralt aspekt er det fokus man har hatt innenfor fag og utdanning i bestrebelsen på å klargjøre sykepleiens særegne og selvstendige funksjon innenfor et akademisk landskap. Praktiske, tekniske og manuelle ferdigheter knyttet til ulike prosedyrer er ofte knyttet til den delen av sykepleien som understøtter den medisinske behandlingen. I en periode var det viktig for sykepleien å markere avstand til den naturvitenskapelige og medisinske disiplinen for å kunne framstå som selvstendig (Bjørk 1997). I denne prosessen søkte man til fagområder med en helhetstenkning som man ikke fant innenfor medisinen eller naturvitenskapen. Den teoretiske og filosofiske tilknytningen til de humanistiske fagene, særlig innenfor utdanningen, ga imidlertid konsekvenser for innhold og læringsstrategier, der så vel fysisk pleie som praktiske, manuelle og tekniske ferdigheter fikk langt mindre fokus enn tidligere (Bjørk 1996, 1997). Selv om man teoretisk – og filosofisk – ved å flytte fokus bort fra den syke kroppen og sykepleierens ”assistenthandlinger” på et vis kunne definere sykepleiens selvstendige og særegne funksjon, ble avstanden mellom denne teorien og de kunnskaper og ferdigheter den praktiske sykepleievirkeligheten fordret stor. Dette har man til en viss grad erkjent de senere år, og konsekvensen har blant annet vært en sterkere satsing på naturvitenskapelige fag i de siste rammeplanene (KUF 2000 og UFD 2005). Flere studier og publikasjoner på 90-tallet og fram til i dag har også fokusert på kroppen og fysisk stell (Lawler 1996, Johnsen 1996, Olsen 1998, Ugland 1998, Kapstad 1999, Lomborg 2001, Bjørk & Breivne 2005, Lomborg & Kirkevold 2005).

Pedagogiske og didaktiske utfordringer knyttet til læring av praktiske ferdigheter er imidlertid fortsatt lite påaktet. Bjørk (1995) påpeker at utdanningsforskning innenfor sykepleie har avtatt de senere årene, og at få studier har vært relatert til praktiske eller tekniske sykepleiehandlinger. Hun hevder også på grunnlag av litteraturstudier at de praktiske aspektene ved sykepleiehandlinger er blitt isolert og definert som psykomotoriske ferdigheter og mener dette skyldes innflytelse fra positivistiske og behavioristiske forskningstradisjoner. Resultatet har vært at kognitiv bearbeiding knyttet til utøving av ferdigheter i relasjon til ulike pasienter og miljøer sjelden inkluderes i kriterier for ferdighetslæring i sykepleie (Bjørk 1995 og 1999). Endringer i utdanningen har skjedd

over tid uten at man har vært tilstrekkelig bevisst på den kompleksitet som karakteriserer læring av praktiske ferdigheter i naturlige kliniske settinger (Bjørk 2006).

Interessen for læring i arbeidsfellesskap og naturlige læringsarenaer har vært økende de siste årene. Mesterlære og pedagogiske retninger med et mer åpent og fleksibelt syn på læring i sosiale settinger er blitt aktuelle (Jensen 1999, Nielsen og Kvale 1999 og 2003a, Petersen 2001, Lave og Wenger 2003). Læring av praktiske, tekniske og manuelle ferdigheter er imidlertid ikke i fokus på samme måte som andre aspekter ved læringen i naturlige settinger. Fagermoen (1998) mener det er svært påkrevende å sette i gang forskning på læring av sentrale ferdigheter i sykepleie. Praktiske ferdigheter knyttet til stell og prosedyrer utgjør én gruppe av disse ferdighetene. Fram til 1998 hadde få norske studier undersøkt hvordan man best kan lære disse ferdighetene, og det var lite publisert internasjonal forskning innen dette fagdidaktiske området. Litteratursøk i relevante nordiske og internasjonale databaser (Bibsys, SweMed, Medline, Cinahl, AMED, EMBASE, PsycINFO, Eric) viser at det fortsatt finnes få studier og publikasjoner på dette feltet.

Dagens sykepleierutdanning er preget av at et stort antall studenter skal gjennom et studium der de utenom sykepleiefagets mangfoldige innhold så vel teoretisk som praktisk, skal tilegne seg kunnskaper innenfor mange ulike fagområder. Å tilrettelegge god praksisopplæring er en utfordring med så mange studenter i et helsevesen som er preget av stadige forandringer og ofte har utilstrekkelige ressurser, både i form av tid, økonomi og kvalifisert personale. I den senere tid har det vært en økende tendens til å legge vekt på økonomiske og administrative hensyn innenfor høgskolesektoren (Jensen 1999). Utdanningen må fungere innenfor gitte rammer, men det er essensielt at pedagogiske og sykepleiedidaktiske vurderinger legges til grunn for hvordan man best kan nå målene for utdanningen innenfor rammene. Uten en slik form for vurdering, vil opplæringen i for stor grad kunne styres av økonomiske og andre organisatoriske hensyn, og man kan komme til å tilpasse seg uholdbare rammer på grunn av et lite reflektert og gjennomtenkt forhold til hvordan deler av sykepleiekompetansen utvikles. Pettersen (2005, s.13) benytter begrepet ”kvalitetslæring” og skriver at det refererer til ”læringsmønstre, læringsstrategier, arbeidsmåter og studieatferd med ett *fellestrekk*: De danner grunnlaget for at studenter *lykkes* med sine studier.” I kvalitetsreformen (KUF 2000-2001) understrekes betydningen



av at fokus innenfor høyere utdanning må være på læring i større grad enn på undervisning og undervisningsmetoder. Pettersen mener imidlertid at kvalitetslæring må forstås i lys av et dialektisk forhold mellom læring og undervisning. Han presenterer en modell med tre hovedkomponenter – *presage, process og product* – som forklarer et perspektiv på forholdet mellom læring og undervisning der problemstillingene i følge Pettersen sentrerer om følgende:

”...hvordan *ulike* studie- og utdanningskontekster påvirker studenters opplevelser og læringserfaringer. ... hvordan *ulike* undervisningsstrategier og måter å organisere læringsmiljøet på i *ulik grad* støtter og fremmer *kvalitetslæring*, forstått som læringsaktiviteter og læringsengasjement (prosesser) som fører til læringsutbytte og -resultater som er i tråd med de verdiene, intensjonene og målene som er satt for den aktuelle utdanningen og undervisningssekvensen (produkter)” (Pettersen 2005, s.16).

Naturlige kliniske settinger er travle, krevende og komplekse læringsarenaer, og det er viktig å belyse og få mer kunnskap om hva som fremmer kvalitetslæring innenfor disse settingene; - hva som gjør at studentene *lykkes* med sine praksisstudier.

## 2.4 Perspektiver knyttet til ferdighetslæring i naturlige kontekster

Tilnærmingen til praktiske ferdigheter i denne studien er blant annet basert på Bjørks modell for praktisk ferdighetsutøvelse (1999), en modell som understreker kompleksiteten i sykepleieferdigheter eller handlinger, særlig når de skjer i en naturlig setting. Kompleksiteten og det kontekstuelle og relasjonelle aspektet knyttet til læring av praktiske sykepleieferdigheter fordrer et syn på kunnskap og læring som favner vidt. Solvoll og Heggen (2003) baserer seg på en slik vid og inkluderende forståelse av læring når de skal gi en innføring i læring i praksis for sykepleiestudenter. I et vidt syn på kunnskap og læring ser man balansen mellom subjektive, objektive og relative sider ved kunnskapen, og samtidig mellom følelsesmessige, intellektuelle, handlingsmessige og sosiale sider ved studentenes læring (Hiim og Hippe 1998). Når det gjelder yrkes- eller profesjonskunnskap, vil et utvidet kunnskapsbegrep innebære at kunnskap kan betraktes som en prosess som stadig utvikler seg i spenningsforholdet mellom handlingsaspektet, forståelsesaspektet og følelsesaspektet i kunnskapen. Det vil sette fokus på intensjonale, kontekstuelle, prosessuelle, tause, emosjonelle og verdimeslige sider ved kunnskapen (Bjørk 1999). Et utvidet kunnskapsbegrep innebærer også at praktiske og teoretiske aspekter ved yrkes- og profesjonskunnskap blir oppfattet som en uløselig helhet og at læring og utvikling av slik

kunnskap må være strukturert rundt selve yrkesutøvelsen (Hiim og Hippe 2001). For sykepleiens vedkommende betyr det at organisering av læring og undervisning tar utgangspunkt i de funksjoner studenten skal lære å utføre, og innenfor den praktiske sykepleievirkelighet vil de aller fleste av disse funksjonene ha et relasjonelt og kontekstuell aspekt som fordrer et vidt syn på kunnskap og læring.

Bjørk (1999) fant at mange av teoriene som omhandler motorisk ferdighetslæring ikke passer så godt innenfor sykepleien, nettopp fordi de ikke tar hensyn til den kompleksiteten som karakteriserer læring av praktiske sykepleieferdigheter i naturlige settinger. Forskjellige disipliner og miljøer har studert ulike komponenter av ferdighetslæring, uten at man har utviklet en vidtfavnende eller helhetlig forståelse for hele prosessen. Noen perspektiver antydes imidlertid som relevante i forhold til ferdighetslæring i naturlige settinger. Ett av disse, det situerte læringsperspektivet, knyttes til mesterlære og et sosiokulturelt perspektiv, der man ser på læring som deltakelse i forskjellige sosiale situasjoner (Nielsen og Kvale 1999, Lave og Wenger 2003). Fokus i dette perspektivet er den betydningen omgivelser og kultur har for læring og utvikling (Halland 2004). Perspektivets aktualitet innenfor sykepleierutdanningen er både relatert til sykepleiefagets tradisjon og nyvunnet interesse for mesterlære innenfor profesjons- og yrkesutdanninger generelt. Mesterlæren er imidlertid kritisert for å være en autoritær og konserverende utdanningsform som ikke sikrer den nødvendige teoretiske innsikt (Illeris 2000). Kritikken er imøtegått blant annet ved å åpne for dialog med andre oppfatninger av og perspektiver på læring. Wackerhausen (1999) sier at verken mesterlære alene eller teoretisk og skolastisk undervisning strekker til i et moderne og foranderlig samfunn. Han går inn for en kritisk rehabilitering av mesterlæren, der en av oppgavene vil være å finne den mest fruktbare kombinasjonen eller integrasjonen av teoretisk refleksjon, mesterlære og beslektede former for læring. "Og dette må være en integrasjon på individuelt nivå så vel som på kollektivt nivå." (s.191). Selv om det sosiokulturelle læringsperspektivet er sentralt i herværende studie, vurderes det i lys av dette nødvendig å nærme seg en helhetlig forståelse av praktisk ferdighetslæring ut fra ulike teorier og perspektiver.

Teoretisk kunnskap er ikke overflødig eller unødvendig når det gjelder å utvikle kyndighet i utførelsen av sykepleiehandlinger, men den må ses i det rette perspektivet. Fagermoen (1993) mener man kan forstå forholdet mellom teori og praksis ut fra to grunnposisjoner

som hun kaller ”teori-for-praksis-modellen” og ”teori-i-praksis-modellen”. Grunnlaget for den sistnevnte ligger i et dynamisk kunnskapssyn, og den kjennetegnes ved at teori og praksis er komplementære. Praksis er ikke anvendt teori, men å forholde seg aktivt både til de kunnskapene man har og det man erfarer. ”Gjennom praksis og refleksjon over dette skapes kunnskap” (s.29). ”Teori-for-praksis-modellen” kan relateres til det Jensen (1999) sier om den logosentriske kunnskapstradisjonen. Denne tradisjonen er kjennetegnet ved synet på den abstrakte, kontekstfrie kunnskapens overlegenhet også i forhold til praktisk problemløsning. Samtidig advarer hun mot å plassere sykepleiefaget i et uvitenskapelig rom for moral og intuisjon og ”forherlige praksis og opphøye tradisjonen til en mytisk kraft (s.9). Kunnskap er sentralt i utøvelsen, men kunnskapen i praksis ligger innbakt i arbeidet, noe som gjør både læring og formidling av denne kunnskapen annerledes og utfordrende (Solvoll & Heggen 2003). Pettersen (2005, s.54) beskriver to perspektiver på rutinehandlinger. Det ene er å betrakte dem som praksisformer der opprinnelige hensikter, begrunnelser og mål for handlingene er ”glemt”. Alternativt kan rutiner ses på som automatiserte, komplekse ferdigheter – som praktisk handlingskunnskap preget av atferdsmønstre og handlinger med god flyt, noe som er nært relatert til ekspertkunnskap og ekspertise og som vil frigjøre energi og tankekraft. Pettersen sier videre at refleksjon uten et erfaringsgrunnlag kan utvikles til refleksjon for refleksjonens egen del og at refleksjon og rutine danner et gjensidig henvisningsforhold.

Så vel praktisk som teoretisk kunnskap er en essensiell del av det å kunne utføre gode sykepleiehandlinger. Men de praktiske ferdighetene man trenger for å utføre disse handlingene læres ikke uten at man praktiserer dem. Håndtverket kan ikke læres fra sidelinjen eller med hendene i fanget. Å lese om og lære seg en prosedyre teoretisk kan gi et bedre utgangspunkt eller en bedre forberedhet, men den læres ikke før den utføres.

Petersen (2001a) redegjør for den praktiske fornuft i lys av Bourdieus begrep ”praktisk sans”, som defineres som ”akkumulerte erfaringer innenfor et felt over tid” (s.152). Den praktiske sans har både en kognitiv, en affektiv og en sanselig orientering som er inkorporert. Den genererer handling når den utsettes for et motsvarende handlingsfelt. Den praktiske sans innebærer altså en inkorporert handlingsorientering innenfor et felt, og dette betyr at man må handle og således aktivere den praktiske sansen for å lære. Det betyr ikke at ulike teorier er overflødige, de er med som en del av erfaringsgrunnlaget, men er ikke det som igangsetter og styrer handlingen.

Saugstad (2001, 2003) skiller mellom kunnskap om praksis og praktisk kunnskap. Hun belyser forholdet mellom teori og praksis ved hjelp av Aristoteles' tre kunnskapsformer: Episteme – teori, techne – poiesis og fronesis – praxis. Disse kunnskapsformene er grunnleggende forskjellige, både med tanke på aktivitetsformene knyttet til hver enkelt kunnskapsform og til kunnskapsformens gjenstandsområde. Kunnskapen om praksis er den teoretiske viten som skal brukes til å forstå praksis og gjøre det mulig å definere det handlingsrommet det kan handles i, det vil si at den gjør det mulig å kjenne handlingsrommets muligheter og begrensninger. På denne måten har teorien et frigjørende handlingspotensial, men den kan ikke brukes til å ”anvise”<sup>1</sup> handling. Teori er en hjelp til tenkning, ikke et konkret hjelpemiddel til handling. Praktisk kunnskap er den kunnskap eller kompetanse man må ha for å handle. For å kunne handle, må man ha handlingsveiledende kunnskapsformer som man kan bruke i den praktiske situasjonen. Denne kunnskapen kan knyttes til kunnskapsformene techne og fronesis. Relatert til praktiske sykepleiehandlinger inneholder techne innsikt i generelle lover og prinsipper bak utøvelsen av handlingene / prosedyrene, en evne til å gi en rasjonell beskrivelse av prosedyrene og ferdighet til å utføre prosedyren i praksis, hvilket også betyr evnen til å applisere ferdigheten på en spesifikk situasjon i praksis (Saugstad 2001). Fronesis er kunnskapen om å overveie hvilke handlinger som er gode eller til det beste for mennesket, kombinert med evne til å handle riktig. Handlingene knyttet til denne kunnskapsformen er av etisk og sosial karakter, og det å utføre handlingen best mulig, vil være et mål i seg selv. Fordi utøvelse av praktiske sykepleiehandlinger for det aller meste dreier seg om at personer gjør ting for og med andre personer, vil denne kunnskapsformen være sentral i utøvelsen av sykepleie. Mens techne både kan læres ved undervisning og øvelse, kan fronesis – eller det å handle på en god måte i sykepleien til pasienten – kun læres via oppdragelse, gode forbilder og ved å handle rett. Saugstad (2001, s.201-202) trekker fram følgende punkter for å vise hvordan Aristoteles tydeliggjør at ikke alt læres på skolebenken:

- Store deler av det praktiske handlingsområdet læres best ved å gjøre det man skal lære, - via erfaringer med den konkrete virkeligheten
- Den dekontekstuelle, generelle og prinsipielle ”skolekunnskapen” verken initierer eller ”anvise” handling.

---

<sup>1</sup> Jeg har her valgt å bruke det danske uttrykket ”anvise” av mangel på et dekkende norsk begrep.

- Skoleundervisningen er dekontekstuell og ofte oppstykket i mindre deler. Dermed blir opplæringen strukturert etter et annet rasjonale enn det praktiske livs aktiviteter, som er strukturert i helheter. Aristoteles understreker viktigheten av å få riktige erfaringer – for å lære å gjøre ting rett.

Aristoteles understreker at evnen til å skape sammenheng mellom det partikulære og det generelle ikke læres via undervisning, men læres ved erfaring med mange praktiske situasjoner. Kunnskap om praksis og praktisk kunnskap er hverandres forutsetninger, men Saugstad (1999, 2001) illustrerer at det i et innlæringsperspektiv er viktig å være klar over at det her dreier seg om kvalitative forskjeller som fordrer ulike innlæringsformer. Det er bred enighet om at praktiske ferdigheter ikke kan læres uten at de utføres, men når det gjelder innhold, rammer, ressurser og organisering av praktisk ferdighetslæring innenfor sykepleierutdannelsen, har man muligens ikke i tilstrekkelig grad satt søkelyset på hvilket syn på læring som begrunner de valg og prioriteringer som gjøres i denne delen av utdannelsen.

## **2.5 Naturlige settinger som arena for praktisk ferdighetslæring**

Øvingsavdelinger eller -laboratorier har i mange år vært og er fortsatt et nyttig sted for ferdighetslæring. Her kan man få deler av prosedyrer eller mer enkle prosedyrer ”inn i hendene” ved instruksjon, feedback og ikke minst ved å prøve og feile innenfor en setting der det er ufarlig og legitimt. Skolelaboratoriene har vært hovedsettingen for ferdighetslæring siden 1950-tallet, og mange studier er gjort når det gjelder læring av ferdigheter innenfor denne settingen. Man har imidlertid i mindre grad vært opptatt av og undersøkt hvordan ferdigheter som er lært i øvingsavdelingen kan overføres til den kliniske settingen (Bjørk 1997, Alteren & Bjørk 2006).

Når sykepleieferdigheter bare til en viss grad kan læres i øvingslaboratoriene, er det blant annet fordi man innenfor denne settingen aldri vil ha det kontekstuelle, relasjonelle og sosiale aspektet man har i naturlige settinger. Disse aspektene er en vesentlig del av det å handle i den praktiske sykepleievirkeligheten og gjør at man aldri kan bli helt trygg på en handling gjennom instruksjon og øving i skolelaboratoriet. Noe av grunnen til dette er at ferdigheter er mer spesifikke av natur enn det vi ofte er klar over. Selv om vi bestreber oss på å lage så virkelighetsnære situasjoner som mulig i øvingsavdelingen, vil det i en naturlig setting alltid være et behov for tilvenning til en reell situasjon både teknisk og

følelsesmessig. Læringsarbeidet bør blant annet organiseres slik at studentenes virksomhet får konsekvenser for andre og slik at de kan lære av konsekvensene av sine egne avgjørelser (Halland 2004). I klinikken vil det studentene gjør få langt større konsekvenser enn i øvingsavdelingen, og muligheten for å lære av disse konsekvensene av handling vil også være større. Innenfor det moderne samfunnet med dets skolaske og individsentrerte læringssyn har man vært lite oppmerksom på de læringsressursene som ligger i det å delta i et arbeidsfellesskap (Nielsen og Kvale 2003b). Halland (2004, s.27) sier følgende:

”Men på tross av at læring til syvende og sist er en individuell prosess hos den som skal lære, innebærer veien fram til læring en rekke forhold av sosial og kulturell karakter som virker hemmende eller fremmende på læringsprosessen, og dermed på resultatet av læringsarbeidet.”

Pettersen (2005) presenterer en relasjonsdidaktisk modell der han foreslår læringsmiljø som overordnet didaktisk kategori og definerer læringsmiljø slik: ”Læringsmiljøet framstår til enhver tid som resultatet av det komplekse og gjensidige samspillet mellom didaktiske grunnkategorier og indre og ytre rammefaktorer” (s.49). Videre forklarer han at det konkrete læringsmiljøet representerer kritiske faktorer og betingelser som kan fremme eller hemme så vel lærerens undervisning som studentenes læring og at det er med på å klargjøre hvordan undervisning og læring er relatert til hverandre.

I den siste rammeplanen for sykepleierutdanning (UFD 2005) skal praksisstudier og ferdighetstrening utgjøre 90 av 180 studiepoeng. 75 studiepoeng er knyttet til praksisstudier i samarbeid med pasienter og pårørende. I de kliniske studiene lærer studentene i en kompleks undervisningssetting hvor det er vesentlig for utnytting av denne arenaens læringspotensiale å forstå mer av hvordan undervisning, læring og læringsmiljø er relatert til hverandre og påvirker hverandre. I det følgende redegjøres for noen av de aspektene som gjør ferdighetslæringen i naturlige kliniske settinger kompleks, utfordrende og annerledes.

### **2.5.1 Praktiske ferdigheter læres innenfor en setting med en annen logikk enn skolesettingen**

Det å lære gjennom å arbeide kan karakteriseres som å tre inn i et annet læringsrom der man møter andre former for læring enn de man vanligvis møter i skolesammenheng (Nielsen & Kvale 2003b). Klinisk praksis er en sosial og kulturell virkelighet med andre spilleregler enn i skolen, og det kan ta tid å bli kjent med denne virkeligheten. Å lære

innenfor den kliniske settingen er annerledes enn å lære et teoretisk pensum på skolen (Bjørk & Bjerknes 2003). Den praktiske virkeligheten fordrer en annen form for bearbeiding av kunnskaper og erfaring enn det teoretisk kunnskapstilegnelse gjør. Læringslandskapet i praksis byr på rike læringsressurser (Nielsen og Kvale 2003), men praksisfeltets særegne spilleregler – eller logikk – gjør at det ikke er noen enkel relasjon mellom det studentene har lært på skolen og de handlingene de skal utføre i praksis. Utdanningen har målrettede planer med mer eller mindre detaljert innhold for hva som skal læres og hvordan. Dette gjelder så vel den læringen som foregår innenfor skolesettingen og den læring som forventes å skje i den kliniske settingen. Innenfor det praktiske læringslandskapet foregår imidlertid også det Nielsen og Kvale omtaler som ”medlæring”, det vil si den læring som finner sted ”som en mer eller mindre utilsigtet del af aktiviteter, der ikke primært har læring som hovedformål” (2003b s.25). Denne medlæringen hevder de er en essensiell del av læring i praksissfellesskaper, men den kan vanskelig planlegges, og det er også en form for læring studentene ikke nødvendigvis kan sette ord på og kanskje knapt merker.

I praksissettingen blir dessuten kroppen et lærende subjekt i langt større grad enn i skolesettingen, der det kognitive eller intellektuelle aspektet dominerer. Det ligger et læringspotensialet i det å bruke kroppen ved at kroppslige fornemmelser og intuisjon kan fungere fokuserende og handlingsanvisende for praktikere når det gjelder å løse et konkret problem. Likeledes vil andre elementer i læringslandskapet, for eksempel arkitektur og redskaper / instrumenter fungere som aktive deltakere i læreprosessen (Nielsen & Kvale 2003b).

Gabrielsen (2001) mener at konflikten mellom teori og praksis kan skyldes at teoretikere og praktikere forstår ulike ting ved teori og praksis. For praktikeren er praksis først og fremst handlinger og gjøremål i den konkrete situasjonen det handles i. Dette blir også praktikerens utgangspunkt for forståelse av teori. Praksis blir å handle, teori blir læren om å handle. Teoretikeren forstår praksis ut fra viten. Mens teori er den allmenngyldige og objektive viten, blir praksis den lokalt gyldige, sannsynlige og subjektive viten. Teoretikeren med en teoretisk forståelse av praksis vil aldri oppnå en egentlig forståelse av praksis som evne til å handle. Teori er å vite det riktige helt generelt, mens praksis er å kunne handle riktig, helt spesielt. En kombinasjon av disse to forståelsene vil være både

fruktbart og nødvendig, men det kan bare gjøres ved å innse at teori og praksis ikke forstås som to forskjellige måter å gjøre det samme på, men som to forskjellige måter å gjøre to forskjellige ting på. Dette kan være et interessant perspektiv i lys av utdanningens fagteoretiske måte å organisere både den teoretiske og praktiske undervisningen på. Muligens vil en organisering av praksisstudienes innhold som i større grad erkjenner den logikk det kliniske felt kjennetegnes av, gjøre at læringspotensialet i dette feltet kan utnyttes på en annerledes og bedre måte.

### **2.5.2 Studenten skal lære å utføre handlinger i relasjon til andre personer**

Praksisstudier er undervisningssituasjoner med et bestemt innhold, en sak eller et fag som skal læres. På den måten er de lik andre pedagogiske situasjoner, som preges av subjekter som skal lære noe om et pedagogisk objekt, i dette tilfellet å utføre en praktisk sykepleiehandling. Det er et vesentlig forhold mellom det relasjonelle og kommunikative aspektet ved all undervisning. Bestemte praktiske og konkrete undervisnings- og læringssituasjoner befinner seg alltid et eller annet sted i spenningsfeltet mellom det faglige og fortrolige forholdet. Undervisning som et fortrolig forhold retter oppmerksomheten mot deltakernes engasjement og vilje til å inngå i bestemte former for samhandling og deltakelse i situasjoner med læring som uttalt intensjon og mål (Pettersen (2005). Det sosiokulturelle perspektivet på læring sier noe om forutsetninger og vilkår for læring i møte med andre mennesker. Halland (2004) har følgende påstand: ”En kan ikke vente å oppnå kvalitetsforbedringer som monner dersom en har et diffust forhold til sosiale prosesser” (s.16). I forbindelse med læreprosessens sosiale og relasjonelle dimensjon på en arbeidsplass peker Nielsen og Kvale (2003 s.23) på ansvarsaspektet som ligger i det å lære i et gjensidig samspill mellom den enkelte og miljøet. De trekker fram tre faktorer knyttet til ansvar som et sentralt element i læreprosessen:

Å stå til ansvar. Studenten er ikke bare ansvarlig for egen læring, men må også stå til ansvar for andre i virksomheten gjennom å ta ansvar for en del av produksjonen og se seg selv som en del av en større helhet. Før studiesosiale vilkår ble innført i 1975 (Sosialdepartementet 1975) var studenter / elever en del av bemanningen i klinikken, og det å se eller oppleve seg selv som en del av helheten og etter hvert ta ansvar på lik linje med andre, var en mer naturlig del av det å lære enn det studentene opplever innenfor dagens gjeldende rammer. Det gir utdanningen utfordringer i forhold til å organisere



praksisperiodene slik at det blir en god balanse mellom det å stå til ansvar og det å stå i en friere særstilling som student (Heggen 1995).

Å løfte ansvaret. Dette er knyttet til utvikling av kompetanse ved at den enkelte gradvis blir bedre i stand til å utføre de oppgaver som utføres på arbeidsplassen. Læreprosessen gjør studenten i stand til å møte de faglige krav den aktuelle settingen stiller. For sykepleiestudenters vedkommende er de faglige kravene beskrevet fra skolens side i form av målsetting for praksis, beskrivelse av aktuelle læresituasjoner på praksisstedet, skriftlige oppgaver relatert til type praksis, samt andre planer for praksisperioder som utarbeides i et samarbeid mellom skole og praksissted. Det er imidlertid ikke selvsagt at de krav til faglighet som stilles fra skolens side, samsvarer med arbeidsfellesskapets krav til faglighet, fordi disse som nevnt i større grad er knyttet til hele den produktive virksomheten på praksisstedet.

Å føle seg ansvarlig. Forfatterne peker her på følelsesaspektet i det å lære og beskriver en følelsesmessig bevegelse mot et større engasjement eller tilhørighetsforhold til praksisfellesskapet. Fordi det emosjonelle engasjementet er av vesentlig betydning for læreprosessen, vil måten studenten blir møtt på i form av positiv, negativ eller manglende tilbakemelding spille en viktig rolle.

Selv om det å lære i et arbeidsfellesskap gjør læreprosessen annerledes og mer kompleks, finner man her også mange ressurser for læring. En viktig ressurs er at den som skal lære, befinner seg i et praksislandskap med et flergenerasjonelt miljø som rommer et mangfold av erfaringer og kompetanse i forhold til de læresituasjonene studentene møter (Nielsen og Kvale 2003). For å kunne utnytte de ressursene for læring som finnes i praksisfellesskapet må studentene lære seg å være aktive deltakere på en helt annen måte enn i skolesettingen. Selv om opplæring, veiledning og oppfølging av en eller flere veiledere er en selvsagt forutsetning for forsvarlig læring og utvikling, vil det at studentene selv er aktive og oppsøkende i forhold til de læresituasjoner som befinner seg i læringslandskapet, også være en meget viktig forutsetning for læring. I den naturlige settingen møter ikke studentene bare læresituasjoner, - de arbeider også sammen med personer som med sine ulike kvalifikasjoner vil være viktige læringsmessige ressurser for de studentene som klarer å utnytte det.

Essensielle ressurser for læring i praksissettinger er tilgang på erfarne praksisutøvere og veiledere som kan fungere som rollemodeller og gi konstruktive vurderinger og tilbakemeldinger. Det synes som om dette er noe det er enighet om og som understrekes uavhengig av pedagogisk perspektiv. Manglende tilgang på erfarne praksisutøvere eller rollemodeller og manglende eller motstridende tilbakemelding trekkes derfor fram som viktige barrierer for læring (Nielsen og Kvale 2003). Innenfor sykepleierutdanningen er en av hovedutfordringene knyttet til læring i praksis tilgang på kompetente veiledere. Dette er en særlig utfordring når det gjelder klinisk praksis på sykehjem, der mangelen på både fagpersoner og annet personale gjør at studenter i større grad enn det som er ønskelig, blir gående alene og får mangelfull veiledning og feedback fra erfarne sykepleiere og veiledere. I en sykehjemsavdeling er læresituasjonene mange, men de sykepleiefaglige ressursene er ofte begrenset i forhold til antall studenter som trenger opplæring og veiledning (Rummelhoff 2003, Lillemoen 2006).

Flere studier de siste årene har omhandlet arbeidsfellesskapets betydning for sykepleiestudentenes læring og utvikling i praksis. Heggen (1995) belyste i sin studie det kunnskapspotensialet som var innebygd i det organiserte arbeids- / sykepleiefellesskapet. Hun fant dessuten at noe av det definerte innholdet i studiene fra skolens side bidro til å vippe studentene ut av arbeidsfellesskapet. Når de skulle utføre oppgaver på høgskolens premisser ble de mer utenfor og marginalisert, og studentrollen ble privatisert. Den privatiserte studentrollen hadde sine fordeler og kunne gi gode læresituasjoner, men den utelukket studenten fra det kunnskapsreservoaret som finnes i arbeidsfellesskapet. Studier beskriver hvordan studentdrevne poster, der studenter er en del av bemanningen, gir studenter gode lærings- og utviklingsmuligheter nettopp gjennom tilhørigheten til et arbeidsfellesskap og et reelt ansvar innad i dette fellesskapet (Wisløff 1998, Bache-Eriksen & Øvrebø 2005). Både Heggen (1995, 1998) og Nielsen og Kvale (2003) understreker på hver sin måte betydningen av å flytte fokuset fra den individsentrerte, skolaske tradisjonen – som også er sterkt framtrædende i pedagogiske planer for praksisstudier – til de læringsressursene som ligger i å være en del av fellesskapet til de som *faktisk* utfører det arbeidet studentene skal lære å utføre.

Når studenter skal lære å utføre praktiske handlinger i praksis på sykehjem, skal de samtidig lære å utføre disse handlingene på en måte som ivaretar sårbare pasienters verdighet. Kirkevold (2001) skriver at verdighet og uverdighet for den som er gammel og skrøpelig ikke er et abstrakt og høyverdig ideal, men at den kjennes på kroppen i helt hverdagslige, konkrete situasjoner. Hun understreker også at verdighet er relasjonell i sin natur og noe man får gjennom andres anerkjennelse og respekt. På sykehjemmet møter studentene pasienter som har det til felles at de fleste av dem har omfattende pleiebehov, men som samtidig er forskjellige, fordi de har hvert sitt levde liv og hver sin historie med seg inn i sykehjemssettingen. Når omsorg i Bjørks modell (1999) blant annet defineres som både det å forholde seg til pasientens følelser og reaksjoner i den konkrete handlingssituasjonen og til den totale opplevelsen av det å være pasient, illustrerer dette kompleksiteten av studentenes læreefaringer i møte med denne pasientgruppen.

### **2.5.3 Kliniske studier foregår i en kontekst der fokus er utøvelse**

På skolen vil studentenes læring være det man primært er opptatt av. Når studentene kommer ut i praksis, vil de også komme ut i en setting der deres læreprosess kommer i andre rekke. På en arbeidsplass vil man være opptatt av at helheten fungerer, og den er organisert med henblikk på å skape bestemte produkter eller løse nødvendige oppgaver knyttet til produksjonen (Nielsen og Kvale 2003). I relasjon til pasienten gjør man aldri ting først og fremst for å lære dem, men for å gi nødvendig hjelp og assistanse. Dessuten vil man når man utfører en handling selv, få en annen forståelse for handlingens sammenheng og betydning. Dette indikerer også at blikket i større grad bør flyttes fra den læreprosessen som foregår i det enkelte individ til de læringsressursene som finnes i den konteksten studenten skal lære i. Det blir essensielt å kunne se og utnytte de aspektene ved læringslandskapet som fremmer læring (Nielsen og Kvale 2003). På en arbeidsplass vil også de som skal lære, i langt større grad bli kastet ut i ulike arbeidsoppgaver. Innenfor sykepleierutdanningen kan dette være både positivt og negativt. Når studentene blir gående mye alene og må prøve seg fram på egen hånd i forhold til komplekse handlinger, slik som for eksempel kroppsvask av en sterkt pleietrengende pasient, er dette uheldig både for pasienten og studenten. Undersøkelsen "På dypt vann" (Havn og Vedi 1997) indikerte at nyutdannede sykepleiere som ble kastet ut i arbeidsoppgaver uten strukturert veiledning og opplæring vurderte sin egen kompetanse innenfor samtlige kompetanseområder som ble undersøkt lavere enn sykepleiere som hadde gjennomgått et trinnvis introduksjonsopplegg.

Man kan imidlertid vanskelig fungere i en klinisk setting uten at det oppstår situasjoner man ikke har vært i før og som man må gjøre noe med der og da. Fagermoen (1993) sier blant annet om den fagpraktiserende verden at studenten er i en situasjon med handlingstvang. Hun kan ikke alltid trekke seg tilbake for å reflektere over hvilket handlingsalternativ som er mest korrekt eller hensiktsmessig. "Situasjoner med pasienter og medarbeidere krever handling der og da" (s.40). Bjørk (1999) karakteriserer den kliniske settingen som en "context of performance" (s.23). Mens studentene i en "context of learning" kan eksperimentere for å finne fram til optimale løsninger eller måter å handle på, vil de i en kontekst med fokus på utøvelse gjenta det mest effektive handlingsmønsteret de har lært så langt. Erfaringene som gjøres på denne måten, vil kunne gi et visst læringsutbytte, men dersom man skal skape en kontekst for læring i klinikken, fordrer dette mulighet for opplæring, veiledning og refleksjon sammen med veiledere og medstudenter (Bjørk 1999, 2003).

Ovenfor er det presentert noen av de aspektene som karakteriserer praksis som læringsarena. Hensikten har vært å si noe om en kompleksitet som lett kan gjøre læring i praksis uoversiktlig og tilfeldig. For både studenter, praksisveiledere og utdanning er det viktig med redskaper som både kan fremme læring og utvikling innenfor eksisterende rammer og som kan bidra til å sette et kritisk søkelys på disse rammene ved å øke forståelsen for hvordan læringen av praktiske sykepleieferdigheter skjer i en naturlig setting. Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse (1999) kan være et slikt redskap. Nedenfor redegjøres det for bakgrunnen for modellen, hvordan den ble konstruert og modellens komponenter.

## **2.6. En modell for praktisk ferdighetsutførelse**

Bjørks publikasjoner viser at hun i mange år har vært opptatt av praktisk ferdighetslæring innenfor sykepleien. I forbindelse med doktoravhandlingen sin (1999) undersøkte hun både hva teorier innenfor sykepleiefaget og teoretiske perspektiver fra andre fagdisipliner sier om det å lære praktiske ferdigheter. Når det gjelder sykepleieteoriene, fant hun at det først og fremst var teoriene til Nightingale, Henderson, Orem og Abdellah, de tre siste også kalt behovsteorier, som klart omhandler betydningen av direkte fysisk hjelp til pasienter

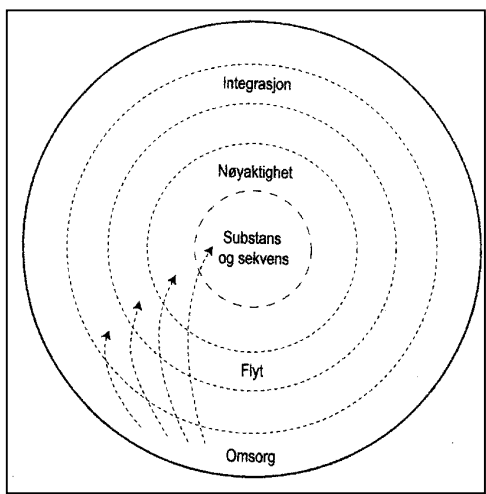
(1999). Andre sentrale teorier fokuserer på det relasjonelle aspektet ved sykepleien, på resultatet av sykepleiehandlinger eller er mer filosofiske i sin tilnærming. Disse teoriene sier lite konkret om praktiske sykepleiehandlinger. Når det gjelder andre teoretiske perspektiver på praktisk ferdighetslæring, har de hatt et relativt snevert fokus, særlig når det gjelder læring av motoriske ferdigheter. Ulike forskere har studert ulike komponenter ut fra ulike synsvinkler på motorisk ferdighetslæring, noe som har resultert i modeller som forklarer aspekter av ferdighetslæringen, uten at man finner en helhetlig forståelse av det å lære og utføre motoriske ferdigheter. På grunn av at de praktiske ferdighetene som har vært gjenstand for studier innenfor læring og utøving av motoriske ferdigheter er av en helt annen karakter enn praktiske sykepleieferdigheter, er disse teoriene bare i begrenset grad relevante for læring av praktiske ferdigheter i sykepleie (Bjørk 1999).

Med sine studier ønsket Bjørk blant annet å få fram den kompleksitet som karakteriserer både læring og utøving av praktiske sykepleieferdigheter i kliniske settinger. Kompleksiteten i denne sykepleievirkeligheten ble også understreket av Virginia Henderson:

”Jeg gjentar at begrepet sykepleie, som ligger i den definisjonen som nettopp er nevnt, for meg virker helt åpent. Tjenestens kompleksitet og kvalitet begrenses kun av fantasien og dyktigheten til den sykepleieren som tolker den (...) Jo mer man tenker på den, jo mer kompleks viser det seg at sykepleierens funksjon, slik den er definert, faktisk er.” (June Clark 1998, med referanse til Henderson og Nile 1978)

Modellen for ferdighetsutførelse ble utviklet som ledd i en mer omfattende studie som omhandlet utvikling av nyutdannede sykepleieres praktiske ferdigheter i kliniske settinger (Bjørk 1999). Fire nyutdannede sykepleiere som jobbet på kirurgiske avdelinger ble videotapet mens de utførte to ulike sykepleieprosedyrer; - sårskift med fjerning av vakuumdren og postoperativ mobilisering. Sykepleierne ble observert tre ganger i løpet av ett år med tre til fem måneders intervall og ble i tillegg intervjuet. Modellen ble utviklet gjennom en hermeneutisk prosess der litteratur om prosedyrer og grunnleggende ferdigheter dannet bakgrunnen for en induktiv tilnærming til videofilm og intervjuer. Prosessen ga til slutt fem interaktive komponenter: substans og sekvens, nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg (figur 1).

Figur 1 Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse (Bjørk 1999, 2003, 2005)



I det følgende beskrives modellens komponenter. Utgangspunktet er Bjørks egen beskrivelse av de ulike komponentene (Bjørk 1999, s.59-61, Bjørk 2003, s.93-95 og Bjørk 2005, s.127). I tråd med fokus for denne studien blir de enkelte komponentene relatert til stell av pasient.

### 2.6.1 Komponenter

Modellen er formet som en sirkel for å symbolisere enhet, helhet og integrasjon. Bjørk sier at modellen er normativ i den forstand at alle kategoriene bør være med i en god praktisk sykepleieutførelse. De stiplede linjene mellom modellens komponenter viser at de er forbundet med hverandre. Det er imidlertid ikke noe hierarkisk forhold mellom komponentene, - de er alle nødvendige dersom en ferdighet skal utføres på en korrekt måte (Bjørk 1999, s.59-60).

Substans og sekvens. Bjørk definerer substans og sekvens som modellens senter, eller kjernekategori, fordi man uten denne komponenten heller ikke har noe å bedømme de øvrige komponentene ut fra.

*Substans* betyr handlingens innhold, de ulike trinnene som skal være med i en gitt handling eller prosedyre. Både bevegelsestrinn og det som sies i form av instruksjon og informasjon er inkludert i denne komponenten. Trinn i et morgenstell kan for eksempel være å finne fram utstyr og klær, tilrettelegge for handling, vaske pasientens ansikt, hender, overkropp

etc., samt informere og instruere pasienten underveis. I forbindelse med denne studien ble det ut fra studentenes pensumlitteratur laget en observasjonsguide (vedlegg 11) som viser generelle trinn når en pasient hjelpes med morgenstell. Morgenstell er en komplisert prosedyre eller handling, og antall trinn vil være avhengig av hvilken pasient som skal hjelpes. Stell av pasient kan karakteriseres som en handling som inneholder flere prosedyrer, alt etter hva pasienten trenger hjelp til. Forflytning og påkledning vil for eksempel være prosedyrer *i* prosedyren.

*Sekvens* har med rekkefølgen av trinnene å gjøre; - om de ulike handlingstrinnene, instruksjonen og informasjonen utføres i en logisk rekkefølge. I et morgenstell vil det for eksempel ha betydning for helheten i utførelsen om utstyr og klær er på plass og lagt til rette *før* man begynner å hjelpe pasienten å vaske seg. Prosedyrelitteraturen vil beskrive i hvilken rekkefølge man vasker ulike kroppsdeler, for eksempel at man vasker pasientens overkropp før man vasker bein og føtter og hjelper pasienten med intimvask. Imidlertid er det også her slik at prosedyren må tilpasses den enkelte pasients funksjonsnivå og for så vidt også den øvrige konteksten prosedyren foretas i. Når pasienten ikke kan stå på beina, men likevel ønsker å stelle seg ved vasken, kan den mest logiske rekkefølgen være å hjelpe pasienten med vask nedentil, samt delvis påkledning i sengen først, deretter forflytte pasienten over i rullestol, og så hjelpe pasienten med resten av morgenstellet. En av pasientene i denne studien ble hjulpet på denne måten, en logisk rekkefølge i forhold til den aktuelle pasientens ressurser og ønsker. I analysen av observasjonsmaterialet ble således sekvens tolket ut fra den kontekst handlingen ble utført i. Når det gjelder morgenstell finnes ikke bare én logisk rekkefølge for trinnene i handlingen.

Nøyaktighet. Nøyaktighet i denne sammenhengen betyr at de enkelte handlingstrinnene er presist og korrekt utført og at den instruksjon og informasjon som gis, er korrekt. Fordi stell av pasient inneholder så mange trinn og utførelsen av handlingen i så stor grad avhenger av kontekstuelle og relasjonelle faktorer, kan det være en utfordring å være nøyaktig i forhold til alt som skjer, både av planlagte og uforutsette ting i handlingsøyeblikket. Nøyaktighet kan bety at man vasker pasientens øyne med korrekt bevegelse, at man følger hygieniske prinsipper ved å skifte vaskevann før man vasker nedentil og ellers skiller mellom rent og urent gjennom stellet, at pasienten forflyttes på en korrekt måte, at påkledning utføres korrekt i forhold til pasientens tilstand og at utstyr behandles og ryddes bort i tråd med hygieniske forskrifter. Også når det gjelder

nøyaktighet, vil en så kompleks handling som morgenstell fordre bruk av skjønn både for den som utfører handlingen og for den som skal tolke hva som er / ikke er nøyaktig i ettertid. Når det gjelder mer avgrensede tekniske prosedyrer vil det å følge ”prosedyreoppskriften” til punkt og prikke være nødvendig for en nøyaktig gjennomføring. Slik vil det ikke være for en kompleks handling som morgenstell. Her vil nettopp tilpasningen til kontekstuelle og relasjonelle aspekter kunne være det som gjør handlingen nøyaktig.

Flyt. Det er flyt i handlingen når hvert element i utførelsen gir et inntrykk av letthet og av at det ”glir godt”; - at handlingstrinnene, enten det gjelder det som gjøres eller sies utføres uten nøling eller fomling og at hvert handlingselement virker ”avsluttet”. Igjen er det slik at kompleksiteten i morgenstellet gjør at det er mange ”elementer” å ha flyt i. Noen av handlingstrinnene i morgenstellet kan være langt mer utfordrende å utføre med flyt enn andre deler av handlingen. Det å finne fram utstyr og brette vaskekluten slik det illustreres i pensum, er elementer det er lettere å få flyt i enn for eksempel det å hjelpe en ustø pasient å forflytte seg fra sengen bort til vasken eller hjelpe en sengeliggende pasient som ikke kan gjøre noe selv, å få vasket seg godt nedentil. Det kontekstuelle og relasjonelle aspektet knyttet til det å hjelpe ulike pasienter å stelle seg, samt en ”overveldende” mengde trinn, gjør at dette er en handling man ikke kan opparbeide flyt i noe annet sted enn i den kliniske virkeligheten. Flyt i handlingen gjør ofte at den også kan utføres hurtigere, mer rasjonelt og effektivt. Det er imidlertid viktig å skille mellom bruk av tid og flyt i handling og således framheve at flyt først og fremst er et kvalitativt aspekt som gjør handlingen bedre.

Integrasjon. Integrasjon viser seg ved at parallelle aspekter i handlingen, for eksempel bevegelsestrinn, fysisk støtte og informasjon, harmonerer med hverandre og er samkjørt. Det innebærer også at den som utfører handlingen, ser hva pasienten generelt har behov for, ut over de spesifikke behov som er knyttet til den aktuelle handlingen. I et morgenstell er det mange elementer som skal samkjøres. Her er det behov for å kunne informere og samtale med pasienten mens man vasker, forflytter og hjelper med påkledning, og det er essensielt å kunne være oppmerksom på hvordan pasienten opplever stellsituasjonen og hvordan han har det for øvrig. Under morgenstellet har sykepleieren en mulighet både for observasjon og kontakt som kan være meget verdifull. Stell er en ofte en



omfattende handling som tar tid og som er karakterisert av at svært mange elementer er integrert i handlingen i utgangspunktet. Det å lære å harmonisere, samkjøre og utnytte alle disse elementene, samtidig som man også lærer å se ut over en slik kompleks handling, vil være noe som tar tid for de fleste og som vanskelig kan læres andre steder enn i en naturlig klinisk setting. Fordi pasienter på sykehjem har store pleiebehov og ofte multiple sykdomstilstander, vil studentene med tanke på integrasjon møte utfordringer som kan være overveldende, men som de med god veiledning vil kunne lære mye av.

Omsorg. Omsorg relatert til en praktisk sykepleiehandling viser seg ved at den som utfører handlingen skaper en atmosfære som er preget av respekt, akseptasjon og oppmuntring. Bjørk framhever også at omsorg omfatter omtanke for hele personen, og at denne delen av modellen ikke bare relateres til den aktuelle handlingen, men at omsorg også betyr at sykepleieren kan forholde seg til den totale opplevelsen av å være pasient. Omsorg gjenspeiles i alt man gjør i handlingen, og derfor har Bjørk inkludert piler til de øvrige komponentene av modellen. Omsorg er samtidig den delen av modellen som omslutter de andre delene, eller hele handlingen. Omsorgsaspektet tilfører hvert enkelt element i handlingen en verdidimensjon som bidrar til en utøvelse i tråd med sykepleiens grunnlag, slik det framstilles i NSF's etiske retningslinjer for sykepleiere (2001):

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.”

June Clark (1998) sier at sykepleiens innerste vesen alltid har vært og fremdeles vil være det vi kaller for omsorg. Hun siterer Henderson (1998, s.46) som sier at sykepleieren ”på sett og vis må komme under huden på hver enkelt av sine pasienter for å kunne vite hva de trenger”. Karoliussen (2002, s.164) presenterer et annet sitat fra Virginia Henderson som på en god måte illustrerer omsorgsaspektet i den praktiske handlingen: ”Skjønnheten med sykepleien ligger i at den ikke behandler mennesker som maskiner. Det er hodet, hånden og hjertet som arbeider sammen. Tar du bort en av delene, da ødelegger du alt” (muntlig sitat).

### **2.6.2 Bruk av modeller for å gjøre virkeligheten mer oversiktlig**

Kroppsstell er en tradisjonell sykepleiehandling med vesentlige praktiske, relasjonelle og kontekstuelle aspekter. Lawler (1996, s.46) sier det slik: ”Men det som er uforandret og uforanderlig, er at pleiere er fundamentalt opptatt av pasientenes fysiske stell og velvære – et område som ikke så lett kan vitenskapeliggjøres, i det minste i den grad vitenskap innebærer objektivisering og reduksjonisme.” Modeller er teoretiske, med en teoretisk logikk. I lys av det sitatet fra Lawler sier om vitenskapeliggjøring av pasientens ”fysiske stell og velvære”, samt det som er skrevet over om forholdet mellom teori og praksis, - at disse styres av ulik logikk, er det på sin plass å presisere eller redegjøre for bruken av Bjørks modell i denne studien. Som tidligere beskrevet, er ikke teorier eller teoretisk kunnskap overflødig for å forstå og utføre handlinger i virkeligheten. Teorien, i dette tilfellet en modell, må imidlertid ikke forstås som å omfatte hele virkeligheten eller kunne igangsette og styre handlinger. Til det er virkeligheten for kompleks. Barnum (1998) forklarer bruk av teorier ut fra hvordan vi bruker kart for å forstå eller orientere oss i deler av det geografiske landskapet. Et kart gjengir ikke hele landskapet med alle dets egenskaper. Ulike typer kart framhever ulike egenskaper, for eksempel klima, befolkningstetthet og veier. ”...it picks out the parts that are important for its purpose” (s.1). En modell kan framheve eller klargjøre deler av en virkelighet på samme måte. Saugstad (2003) erstatter begrepet teoretisk kunnskap med begrepet ”tilskuerkunnskap” (s.193) og beskriver dette som en type kunnskap som ikke er handlingsveiledende eller direkte kan omsettes til praksis, men som blant annet gjør det mulig å definere og forstå det rommet det som det handles i. Sykepleievirkelighetens kompleksitet og uforutsigbarhet gjør det nødvendig å ha redskaper som gjør at vi likevel kan undervise, veilede og vurdere studenter på en tilfredsstillende måte. I denne studien ses Bjørks modell verken som normativ eller forklarende på en uttømmende måte, men den ses på som et kart eller et teoretisk redskap for å kunne få en type oversikt som gjør det mulig å definere og bevege seg innenfor en gitt ramme.

## **2.7 Morgenstell – en sentral og kompleks sykepleiehandling**

Å hjelpe pasienter med morgenstell er en langt mer komplisert, kontekstuell og uoversiktlig handling enn de to prosedyrene som var utgangspunktet for konstruksjonen av Bjørks modell (1999). Hensikten med valget av morgenstell var blant annet å prøve ut

Bjørks modell som et analyseredskap i forhold til en mer omfattende og kompleks prosedyre. Bjørk (1999, 2003) foreslår at modellen kan brukes som et vurderings-, refleksjons- eller læringsredskap i praksis, og det vil kunne styrke modellens bruksverdi om den kan brukes på praktiske handlinger av ulike karakterer.

Det å hjelpe pasienter med å stille seg, er en essensiell og grunnleggende sykepleiehandling, og når studenter i første studieår har veiledet praksis på sykehjem, er det antakelig også den mest sentrale læresituasjonen gjennom åtte ukers veiledet praksis. Nettopp fordi denne handlingen inneholder så mange elementer, er det også en handling som burde ha rikt potensial for læring og utvikling av praktiske sykepleieferdigheter. Lawler sier følgende i forordet til sin bok "Bak skjerm Brettene" (1996, s.5-6): "Og desto mer jeg tenkte og leste, desto mer forekom det meg at kroppen er krumtappen som kan forklare svært mye ved sykepleieryrket. Og det gikk opp for meg at praktisk sykepleie i virkeligheten handler om menneskers erfaringer med kroppslig eksistens, særlig når kroppen ikke fungerer normalt." Nedenfor redegjøres for noen aspekter ved morgenstell som synes relevante for denne studien.

### **2.7.1 Innholdet i et godt morgenstell**

I denne sammenhengen er det ikke hensiktsmessig å gjengi prosedyren for stell av pasient, slik den beskrives i studentenes pensumlitteratur. Når det gjelder konkrete trinn som bør være med når pasienter skal få hjelp til å vaske hele eller deler av kroppen sin, henvises til den observasjonsguiden (vedlegg 11) som ble utviklet før studien, samt både eldre og nyere pensumlitteratur (Kristoffersen 1996, Mekki & Pedersen 2005, Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005 og Blix & Breivik 2006). I det følgende beskrives i stedet elementer knyttet til kvaliteten på utførelsen.

Lawler (1996) mener at det som skiller en ekte sykepleier fra dem som teknisk sett er i stand til å yte sykepleie, ikke avhenger av *hva* som gjøres, men *"snarere av hvordan* det gjøres – det vil si at sykepleie i større grad er en sosial funksjon enn noe annet" (s.6). I en av de nye pensumbøkene i grunnleggende sykepleie knyttes Bjørks modell til "det gode stell og velvære" (Bjørk og Breivne 2005, s.127), blant annet for å vise kompleksiteten i et kroppstell. I den forbindelse understrekes også betydningen av omsorgens praktiske så

vel som relasjonelle side. Å tilby noe å drikke før morgenstellet kan for eksempel oppleves som verdifull omsorg for en pasient som er så tørr i munnen at hun nesten ikke klarer å snakke, men kanskje ikke vil be om "en så liten ting" selv. Avsnittet om "det gode stell og velvære" er en del av et kapittel om "kropp og velvære" der det redegjøres for filosofiske, sosiale og kulturelle syn på kroppen i samfunnet vårt og utfordringer knyttet til dette i den kroppslige pleien av pasienter. Forfatterne belyser betydningen av hvordan kroppsforståelse og opplevelsen av egen kropp, både hos pasient og sykepleier, har betydning blant annet for det som skjer når to personer, med hver sin kropp, møter hverandre i stellsituasjonen. En forutsetning for at dette blir et godt møte er forståelse for den kompleksiteten dette indikerer. "Det er viktig å se nyansene i kroppspleiesituasjoner i lys av både pasientenes og sykepleiernes alder, kjønn og tidligere erfaring." (s.126) Flere momenter, blant annet velvære, anerkjennelse, berøring og håndlag understrekes som vesentlige for kvaliteten på handlingene og samhandlingen i kroppspleiesituasjonen. Kari Martinsen (1989) sier at omsorgen har en relasjonell, en praktisk og en moralsk side. Om det praktiske omsorgsarbeidet sier Martinsen at det bestemmes ut fra mottakerens situasjon og at situasjonsforståelsen krever innsikt i menneskers livssituasjon og i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen.

Lawler (1996) konstruerte begrepet *somologi* for å synliggjøre sykepleiernes praktiske klokskap og dyktighet i å hjelpe pasientene med kroppsfunksjonene. Hun sier følgende:

"Når pleiere steller andre menneskers kropp, gjør de det ut fra en grunnleggende viten i en bestemt sammenheng, der de er tolker i et samspill mellom to parter. Det er det jeg har kalt en *somologisk* tilnærmingstype. Det er den slags viten som kommer ved praktisk profesjonell erfaring." (s.21)

I somologisk praksis integrerer pleierne kroppen som gjenstand med den opplevde kroppen. Kroppen blir da både en gjenstand man kan erfare gjennom og et uttrykksmiddel, samtidig som den er en del av den enkeltes personlige identitet. Lawler fant i sin studie at det sosiale klimaet mellom pleier og pasient gjør dette til et helt spesielt forhold, "der pleieren må ha tilgang til måter å oppføre seg på som opprettholder profesjonell atferd og bidrar til individuell pleie av pasienter." (1996, s.168)

Olsen (1998) undersøkte i forbindelse med sin doktoravhandling hvordan erfarne pleiere (sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) hjalp pasienter med demens i morgenstell. Hun tok utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori og fant at pleierne

kunne deles inn i to kategorier med hver sin omsorgspraksis; - å gjøre *med* og å gjøre *for* pasienten. Å gjøre *med* pasienten viste seg ved at pleierne var engasjert og oppmerksomme på en slik måte at de sanset pasientens appell. Selv om de var erfarne og visste hvordan morgenstellet hos de aktuelle pasientene vanligvis artet seg, forholdt de seg ikke bare til de forventninger og den kunnskap de hadde på forhånd. De viste også åpenhet og evne til å sanse det pasienten uttrykte i situasjonen og lot dette være med på å bestemme hvordan pasienten skulle hjelpes i morgenstellet. Når pleierne handlet *for* pasienten, ledet de dem gjennom morgenstellet. Pleiernes forståelse av hvordan morgenstellet skulle utføres var styrende for handlingsmåten. Disse pleierne hadde ikke oppmerksomheten rettet mot pasientens appell og uttrykk, men i sine egne rutiner og regler for morgenstell. På den måten ble engasjement og fokus rettet mot pleierne selv og morgenstellets oppgaver og ikke mot pasienten. Pleierne som handlet på denne måten, mente dette var tilstrekkelig for å hjelpe pasienten. Forskjellen mellom disse to pleiepraksisene lå i de forventninger pleierne hadde til seg selv og til pasientene. Mye av det relasjonelle forholdet mellom pleier og pasient ble bestemt av disse forventningene. Både teoretisk kunnskap og egne erfaringer er nødvendige forutsetninger for adekvat handling, men når dette ”overordnes i handlingen, blir pasienten som person borte i den andres vurderinger og refleksjoner. Det omsorgsetikken ser som handlingens vurderingsgrunnlag, er borte” (Olsen 1998, s.91). Kari Martinsen sier følgende om det faglige skjønnets som er nødvendig for å se pasienten som ”den spesielle andre”:

”Skjønnets i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk. Det er videre en oppøving ikke bare i å se, lytte og berøre klinisk, men i å se, lytte og berøre klinisk på en god måte” (Martinsen 1993, s.144).

Ovenfor er det presentert noen kvalitative aspekter ved pleiesituasjonen som ikke er ment å gi noen uttømmende beskrivelse, men som har til hensikt å illustrere at det som gjør kroppsstellsituasjonen til en god handling og en god opplevelse for pasienten, er komplekst, med mange nyanser og at det i stor grad synes knyttet til utvikling av praktisk handlingsklokskap og faglig skjønn.

### **2.7.2 Betydningen av et godt morgenstell for pasienten**

I boka ”Sykepleie – tradisjon og forandring” skriver Karoliussen (2002) at dersom sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, kan hennes ”gjøren og væren” bli en del av det behandlingsopplegget pasienten trenger (s.199). Karoliussen tar utgangspunkt i det

Nightingale sa var sykepleiens oppgave, nemlig å sette pasienten i den best mulige tilstand slik at Naturen kan virke på ham (Nightingale 1997). Det å holde kroppen ren var viktig i så forstand. Om dette sier hun følgende:

” – for hvis hun unnlater å vaske de syke, eller lar dem beholde klærne på etter at de er blitt innsatt med svette eller annet avfallsstoff, da blander hun seg skjebnesvangert inn i naturens helseprosess på en like effektiv måte som om hun hadde gitt pasienten en dose av sentvirkende gift gjennom munnen” (s.136).

Innenfor feltet psykonevroimmunologi har man vist at psyke og soma henger nøyere sammen enn det man trodde tidligere. Man har vist at tanker, følelser og subjektive opplevelser gir forandringer helt ned på cellenivå i organismen og særlig påvirker immunapparatet – det som gjør oss motstandsdyktige mot sykdom. Derfor kan altså ”den beste tilstand”, som Nightingale sa, fremme de helbredende kreftene i kroppen vår. ”En god psykofysiologisk tilstand i seg selv er helbredelsesfremmende for pasienten” (Karoliussen 2002, s.128). Stellet er en av de beste mulighetene sykepleieren har til å sette pasienten i en god psykofysiologisk tilstand. Nyere pensumlitteratur innenfor grunnleggende sykepleie refererer også til Nightingale og framhever dette aspektet blant annet i forhold til sykepleierens lindrende funksjon:

”Å fremme menneskets generelle opplevelse av velvære er et viktig mål knyttet til den lindrende funksjonen. Pasientens opplevelse av sin tilstand påvirker og kan til dels ha store konsekvenser for hans fysiske tilstand. En slik direkte sammenheng mellom menneskets opplevelser, tanker og følelser og kroppens forsvarsreaksjoner under sykdom åpner for viktige perspektiver i sykepleien” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005, s.17).

Ugland (1998) undersøkte hvilken betydning pasienter som var innlagt på sykehus tilla det å være ren og velstelt. Hun fant at pasientene i stor grad anså det å være ren og velstelt som viktig, og når pasientene skulle svare på hva det å føle seg ren og velstelt hadde betydning for, var det flere områder som utpekte seg. Viktigst var det å oppleve seg som et verdifullt menneske, det å oppleve å bli møtt med respekt og den betydningen det hadde for humøret til pasienten. Andre aspekter som framsto som viktige, var betydningen knyttet til infeksjonsfare og restitusjon. Når respondentene skulle svare på hva de savnet av hjelp i forbindelse med studiens tema, trakk de spesielt fram kroppsvask og vask av føtter og hår. Dette gjaldt særlig for de av respondentene som var 67 år eller mer. Uglands funn peker på hvor viktig det er for pasienter å få dekket behovet for å være ren og velstelt, samtidig som funnene reflekterer at dette viktige behovet ikke blir imøtekommet på en tilfredsstillende måte. På sykehjemmet vil kroppspoleie være mer i fokus enn på en travel sykehusavdeling,

men dersom kroppsstellet skal gi pasientens helbredende krefter rom og mulighet, eller medvirke til at han føler seg som en verdifullt og respektert person, er det nødvendig å utføre det på en måte som ivaretar estetiske og medmenneskelige aspekter; - som ivaretar "the art of nursing" i handlingen.

### **2.7.3 Betydningen for studentenes læring**

Karoliussen (2002) sier at stellet er en situasjon som påkaller sykepleierens totale kompetanse. Det indikerer at en viktig del av handlingskompetansen kan læres gjennom å stille pasienter og at mye av det som læres gjennom stellet kan generaliseres til andre sykepleiehandlinger. Det kan derfor være fruktbart å beskrive denne handlingen nærmere i lys av hvilket læringspotensiale som ligger i den. Nedenfor redegjøres for noen aspekter ved handlingskompetansen studentene kan lære gjennom morgenstell.

Omsorg. Nightingale (1997) viet mange sider til "Observasjon av syke" i sin bok "Notater om sykepleie." Hun sa at den viktigste praktiske leksen man kunne gi sykepleiersker, var å lære dem hva de skulle observere, og hvordan de skulle observere. For Nightingale var observasjon så viktig at hun skrev: "Hvis du ikke klarer å venne deg til å observere, bør du heller gi opp å bli sykepleierske, for da er det ikke ditt kall, uansett hvor snill og omsorgsfull du er" (s.155). Observasjon er en grunnleggende forutsetning for å kunne utøve sykepleie, og det er en meget essensiell del av både den fortløpende og den mer langsiktige datasamlingen for å kartlegge pasienters behov for sykepleie. Nortvedt (2003) beskriver observasjon som klinikerens fremste hjelpemiddel i utøvelse av god sykepleie og når det gjelder å uttrykke respektfull omtanke for den syke.

Larsen (2005) beskriver pasienten som primær læringskilde for studenten og forklarer hvordan pasienten også som objekt kan være en slik læringskilde ved at pasienten "påvirker eller underviser studenten ved sin blotte tilstedeværelse" (s.630). Videre skriver han:

"Gjennom kroppslig, fysisk sanselig og konkret omgang med pasienten som kropp tilegner studenten seg viktig kunnskap om mennesketyper, kroppstyper, sykdomstyper og implikasjoner disse har for pasientene, typer av kroppsoverflater og utstrekninger samt måter å bevege kroppen, ansiktet, armer og bein på. Likeledes tilegner studenten seg kunnskap om typer av duft, lyd og lukt. Pasienten står, sitter eller ligger foran en student som et enkeltmenneske med sitt spesielle liv og sin spesielle historie. Men pasienten er også en variant av en måte å være syk på,

en måte å tilegne seg sykdom på og en måte å håndtere smerte eller glede på” (s.630-631).

Larsen mener at det i dette ligger en alternativ kilde til læring som er lite påaktet i utdanningssystemet. Når det gjelder observasjon, er det relevant å se på pasienten som studentens primære kunnskapskilde, men det bør også påpekes at denne kunnskapskilden først blir utnyttet fullt ut i sammenheng med andre redskaper for læring. Evnen til observasjon og forståelse for betydningen av det man ser fordrer både kunnskaper og erfaring. Nortvedt (1998, 2003) beskriver observasjonskompetanse som en personlig kompetanse med både kognitive og emosjonelle aspekter. Han hevder at observasjon uten teoretiske forkunnskaper blir blind, men at disse kunnskapene må integreres i evnen til å være årvåken og reflektert. Han framhever også betydningen av gode veiledere i konkrete situasjoner som kan fortelle det de ser og reflektere over det sammen med studenten.

Det vil i denne sammenhengen bli for omfattende å beskrive alle detaljer studenten kan observere i et morgenstell og hva disse i sin tur kan lære studenten. Men dersom man tar utgangspunkt i både de tidligere og nye lærebøkene i sykepleie (Kristoffersen 1996, Mekki & Pedersen 2005, Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005 og Blix & Breivik 2006) ser man at svært mange av de kliniske observasjoner som beskrives i forbindelse med grunnleggende behov, kan gjøres i løpet av et morgenstell. Tiden man gjerne må bruke i forbindelse med denne handlingen, samt omfang og karakter av kontakt og samhandling med pasienten, gir rike muligheter for observasjon. Gjennom stellet kan studentene lære å utvikle evnen til å se, høre og lukte, og likeledes utvikle berøringssans og kinestetisk sans. Og etter hvert kan de også utvikle den årvåkenheten for pasientens reaksjoner og behov som Nortvedt (1998, 2003) framhever som en viktig del av observasjonskompetansen. ”Observasjon, eller det å ha blick for pasientens situasjon, er å ha øye for både dens faglige og etiske aspekter, og det er å ha dette som spontan situasjonskompetanse” (1998, s.69).

Teoretisk og praktisk kunnskap. Slik det beskrives over, er pasienten en viktig kilde til utvikling av ulike typer kunnskap. Dersom man gjennomgår pensum i grunnleggende sykepleie, vil svært mye av dette stoffet kunne relateres til det studentene opplever i samhandling med pasienter i en stellsituasjon. Det vil ikke være mulig å beskrive dette læringspotensialet til fulle, men det kan illustreres ved et eksempel. I det pensum som omfatter grunnleggende sykepleie beskrives konsekvenser av immobilisering



på ulike funksjoner i kroppen (Kristoffersen 1996, Kristoffersen et al, 2005, Mekki & Sørensen 2005, og Blix & Breivik 2006). Blant annet beskrives det hvordan kontrakturer oppstår i ledd, hva som skjer i leddene og hvilke symptomer det gir. Når man beveger og støtter pasientens ledd (for eksempel albue eller kne) under stellet, vil man kunne kjenne, høre, se og erfare pasientens ubehag eller smerte i forbindelse med stivhet i ledd og muskulatur på måte som ikke kan beskrives eller illustreres fullt ut gjennom noe annet redskap for læring. Slik blir den teoretiske kunnskapen både konkretisert og aktualisert i møte med den aktuelle praktiske situasjonen. Dersom erfaringene i slike praktiske situasjoner gjøres til gjenstand for refleksjon, vil det styrke både den teoretiske og praktiske kunnskapsgrunnlaget studenten har. Dette framheves også av Solvoll og Heggen (2003) når de skriver om det å lære gjennom erfaring. De bruker måling av blodtrykk som eksempel på at gjentatt erfaring med denne prosedyren gjør at man både blir sikrere i det å gjenkjenne og forstå lydene man hører i stetoskopet og kunne beskrive dem. De knytter dette til taus kunnskap, men understreker også at refleksjon og språklig bearbeiding sammen med andre studenter og erfarne praktikere vil være et godt hjelpemiddel i akkumulering av kunnskap. Et morgenstell inneholder mange "hands on" erfaringer. Uten disse erfaringene vil mye av det relativt omfattende pensum knyttet til grunnleggende behov hos pasienten forbli abstrakt og vanskelig å tilegne seg. Saugstad (2003b) hevder at den tradisjonelle erfaringspedagogikken ved primært å fokusere på erfaringens verbale og kognitive aspekter har oversett andre viktige erfaringsbaserte kunnskapsformer. Hun mener nyere erfaringspedagogikk er bedre egnet til å forstå også annen erfaringskunnskap, slik som kompetanse, innøvelse og kroppslige aspekter. På den andre siden vil erfaringene alene bare gi studentene en del av den profesjonelle kunnskapen de trenger både for å handle adekvat i enkeltsituasjoner og for å kunne orientere seg i det praktiske handlingsrommet. Saugstad (2003) erstatter begrepene teori og praksis med tilskuerkunnskap og deltakerkunnskap. Den første er relatert til det teoretiske området og kan beskrives som kunnskap om praksis. Deltakerkunnskapen er relatert til det praktiske feltet og beskrives som praktisk kunnskap. Disse to kunnskapsformene er hverandres forutsetninger. Deltakerkunnskapen framheves også som "innøvelsheden kundskab" (s.193). I en handling med så mange fasetter og aspekter som morgenstellet, burde det ligge mange muligheter for å utvikle denne kunnskapen, som ikke bare er det å mestre det praktiske aspektet av handlingen, men som også viser seg som en "intuitiv situationsforståelse eller evne til at kunne tolke den konkrete og partikulære situation

rigtigt med hensyn til hvilken almen og generell viden, som skal settes på spil i den givne situation” (s.193).

Motoriske ferdigheter. Et stell vil inkludere mange aspekter relatert til motoriske ferdigheter, for eksempel fingerferdighet, balanse og koordinasjon. Samhandling og kommunikasjon i stellet er i stor grad en samhandling mellom to kropper, der den fysiske måten å utføre stellet på er avgjørende for hvordan stellet oppleves av pasienten. Fordi stellet inneholder flere ”prosedyrer i prosedyren” får studentene erfaringer med flere ulike måter å bruke hendene og kroppen sin på, fra følsom bruk av vaskeklut rundt øynene til bruk av hensiktsmessig forflytningsteknikk når pasienten skal hjelpes til rett stilling i senga eller fra seng og over i rullestol. Her er med andre ord erfaringer som krever og utvikler så vel finmotorikk som mer grovmotoriske ferdigheter. Kompleksiteten i stellet fordrer dessuten evne til å koordinere bevegelser slik at de samstemmes med både selve handlingen og pasientens egen bevegelighet. Motoriske ferdigheter er således essensielle forutsetninger når ulike prosedyrer skal utføres på en måte som sikrer pasienter trygghet og velvære i situasjonene. Karoliussen (2002) skriver om ”de gode hendene” og sier at nesten alle handlinger mennesker utfører som sosiale vesener, krever en form for manuell ferdighet. Hun beskriver hvordan håndlaget har ligget nedfelt i kvinnekulturen fra langt tilbake, men at denne tradisjonen er forandret de senere årene ved at håndverk og håndlag er blitt erstattet av maskiner og teknologiske nyvinninger. Derfor vil sykepleiestudenter i dag ha andre forutsetninger for utvikling av et godt håndlag enn det de hadde tidligere, da det var en ”selvfølge at enhver sykepleierelev *kunne* bruke hendene, hvis hun bare visste *hva* de skulle brukes til” (s.195). Også innenfor sykepleiepraksis er det prosedyrer og gjøremål som enten ikke eksisterer lenger eller som ikke krever fingerferdighet, håndlag eller evne til sansning i den grad de gjorde for noen år siden. Stell av pasienter er en sykepleiehandling det er vanskelig å automatisere og der studenter fortsatt har mulighet til å utvikle et handlingsregister som også kan komme til nytte i forhold til andre praktiske prosedyrer.

Samhandling og kommunikasjon. Kompleksiteten i praktisk ferdighetsutøvelse i sykepleie er i stor grad knyttet til det relasjonelle aspektet. Utfordringene knyttet til dette aspektet er igjen relatert til prosedyrens eller handlingens karakter. For at et morgenstell skal utføres på en måte som ivaretar pasientens integritet og velvære, må samhandlingen

og kommunikasjonen med pasienten vise at den som hjelper pasienten, har innsikt og forståelse for de aspekter som påvirker relasjonen eller interaksjonen mellom hjelper og pasient. I pensumlitteraturen finner man at relasjonen mellom sykepleier og pasient er beskrevet fra mange ulike synsvinkler. Den er imidlertid ofte beskrevet atskilt fra den praktiske delen av sykepleien. Dette gjelder også litteratur som omhandler samhandling og kommunikasjon. Antakelig er dette nødvendig, fordi det ville bli overveldende og u hensiktsmessig å flette dette inn i hver eneste beskrivelse av sykepleiehandlinger i studentenes pensum. Når "samhandling og kommunikasjon" er valgt som overskrift for dette punktet i stedet for "relasjoner" eller "interaksjoner", er det et bevisst valg. Samhandling og kommunikasjon er begreper som betegner aktive handlinger / væremåter overfor pasienten. Forståelse og innsikt i det relasjonelle aspektet viser seg gjennom måten hjelperen samhandler og kommuniserer med pasienten på. I et morgenstell skal studenten lære å samhandle og kommunisere på en måte som ikke bare ivaretar pasientens kropp på en profesjonell måte, men som i handlingen anerkjenner denne kroppen som et individ med dets "iboende verdighet" (Norsk Sykepleierforbund 2001). Evnen til samhandling og kommunikasjon kan bare læres og utvikles ved å samhandle og kommunisere, og det får studentene trening i ved hvert eneste kroppsstell. Kompleksiteten knyttet til denne handlingen i sykehjemssettingen fordrer imidlertid kyndig opplæring og veiledning, tilbakemelding og mulighet for refleksjon, slik at studentene får hjelp til å gjøre erfaringene sine rikere ved hjelp av andres øyne, erfaringer, samt teoretisk og praktisk kunnskap.

"Å møte den enkelte pasient med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet."

Overskriften er hentet fra rammeplanen for sykepleierutdanning (UFD 2005, s.6) og er relatert til hva studentene etter endt utdanning skal ha utviklet handlingskompetanse til når det gjelder pleie, omsorg og behandling. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier følgende: "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket" (Norsk sykepleierforbund 2001, s.5). Det som er beskrevet om relasjoner, samhandling og kommunikasjon i avsnittet over, kan vanskelig ses atskilt fra etiske aspekter og problemstillinger i skjæringspunktet mellom sykepleier, pasient og handling. Lomborg (2001) beskriver to eksempler som viser etiske problemstillinger eller dilemmaer i forbindelse med stell. I det ene eksemplet beskrives en svært syk pasient som ikke vil la

noen komme nær henne og hjelpe henne å stelle seg. I eksempel nummer to beskrives en pasient som ikke vil tildekkes i den grad sykepleieren synes dette er nødvendig for å bevare hennes verdighet. Ingen av eksemplene er sjeldne - de forekommer daglig. Fordi man kommer så nær pasienten og overskrider personlige grenser i så stor grad, blir også flere etiske og moralske aspekter ved handlingen framtrædende. Olsen (1998, s.36) skriver at etikken og moralen er med i sykepleierens handlinger, og at dette også synliggjøres i handlingene. ”De er taust, men konkret til stede i møte mellom mennesker.”

I teorien blir førsteårsstudentene presentert for etiske prinsipper, teorier, modeller og generelle problemstillinger. Det er imidlertid i møte med pasienter og medarbeidere i det kliniske feltet kunnskap om etiske prinsipper utvikles til holdninger og en måte å være på som samsvarer med yrkesetiske retningslinjer og den etiske fordring som ligger i det å være den som er overlatt et menneskes liv og kropp i sine hender. Rummelhoff (2003) og Lillemoen (2006) beskriver sykepleiestudenters reaksjoner i møte med pasienter og personale på sykehjem. Begge studier peker på moralske utfordringer studentene står overfor både i forhold til sin egen tilnærming til vanskelige pasientsituasjoner og i forhold til hvordan de opplever at annet personale på praksisstedet behandler pasientene. Studiene indikerer at sykehjemssettingen gir gode muligheter for å utvikle moralsk praksis, men samtidig påpekes det at utfordringene knyttet til pleie og behandling av pasientgruppen i sykehjem er så store at studentene må sikres tilstrekkelig veiledning samt mulighet for refleksjon for at læringspotensialet kan utnyttes og for at ikke læringsarenaen på sykehjem skal bli *for* utfordrende og tøff for førsteårsstudenter i sykepleierutdanningen.

I framstillingen ovenfor er det presentert noen aspekter som belyser valg av morgenstell som prosedyre eller handling i denne studien. Det understrekes at framstillingen ikke representerer en fullstendig beskrivelse av alle faktorer som kan belyse morgenstellet og dets betydning for studentenes læring. Når noen aspekter er valgt, er de ment å fungere som illustrasjon, spesielt på kompleksiteten og det læringspotensialet som ligger i morgenstellhandlingen. Saugstad (2003b) beskriver fem erfaringskategorier med relevans for pedagogikken: erfaring som vitensoppsamling, erfaring som oppdragelse og handlingsanvisning, erfaring som innøvetthet, erfaring som sosial kunnen og erfaring som følelsesmessig kompetanse. Saugstad mener pedagogikken bør ta utgangspunkt i erfaringens egenart og avspeile erfaringsbegrepets ulike betydningsvarianter. Disse ulike

betydningsvariantene ligger innbakt i det som er beskrevet over om morgenstellets betydning for studentenes læring fordi kroppsstellets kompleksitet og karakter gir en bredde av erfaring som rommer både kognitive, praktiske, sosiale og emosjonelle aspekter for den som utfører det. Forutsetninger for læring og utvikling ligger imidlertid ikke bare i en handling og hos den som utfører den, men i de ressurser som finnes i det læringslandskapet handlingene utføres i, slik det er beskrevet tidligere i dette kapitlet.

### **3.0 METODE**

I denne delen av oppgaven presenteres den metodiske tilnærmingen til studien. Først redegjøres kort for vitenskapsteoretisk tilnærming, studiens design, valg av felt og rekruttering og utvelgelse av deltakere til den empiriske delen av studien. Derneft beskrives metodene for datainnsamling – observasjon og intervju – før det gjøres rede for analysen av datamaterialet. Kapitlet avsluttes med etiske vurderinger knyttet til gjennomføringen av studien. Kritikkk av metoden vil framgå både av beskrivelsen i denne delen av oppgaven og i drøftingskapitlet.

#### **3.1 Hvorfor kvalitativ tilnærming**

Undersøkelsen er en åpen kvalitativ studie. Problemstillingen fokuserer på sykepleierstudenters læring og utvikling av praktiske ferdigheter. Kvalitative tilnærminger egner seg godt når man skal studere dynamiske prosesser som læring og utvikling (Malterud 2003). Jeg ønsket å studere hvordan sykepleierstudenter utvikler sine praktiske ferdigheter i løpet av en praksisperiode, og studere dette på en mer systematisk måte og fra andre innfallsvinkler enn det jeg har gjort som lærer og veileder for studentene i praksis. Hensikten var å få fram og belyse relevante aspekter ved studentenes læring og utvikling innenfor en gitt klinisk setting. Kvalitative metoder handler om å karakterisere, det handler om å si noe om egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener (Repstad 1998). Det er disse egenskapene eller karaktertrekkene ved ulike lærings- og utviklingsaspekter jeg ønsket å finne fram til gjennom undersøkelsen. Grimen og Ingstad (2004) framhever at kvalitativ forskning kan brukes på flere ulike måter, blant annet for å beskrive det som er særegent. Man beskriver så detaljert som mulig, for å få fram det som er særegent eller unikt. Datamaterialet fra observasjoner og intervjuer ga mulighet for en grundig analyseprosess som genererte detaljerte beskrivelser av handlinger utført i en spesiell sosial kontekst. Beskrivelsene er ment å belyse særegne og spesielle aspekter ved både det å utføre en morgenstellhandling og det å lære av den. Når Malterud (2003) omtaler mulige kvalitative problemstillinger innenfor medisinsk forskning, understreker hun at det ikke bare er de humanistiske, sosiale og kulturelle aspektene som er aktuelle temaer. Hun nevner blant annet kliniske prosedyrer og håndgrep som aktuelle fenomener og mener at disse bare i begrenset grad foreligger i medisinsk litteratur i form av systematiske

beskrivelser og analyser. Selv om det de siste årene er gjort mange studier når det gjelder sykepleiestudenters kliniske studier (Fagermoen 1998a), er det få observasjonsstudier av studenter mens de faktisk utfører praktiske handlinger for og med pasienter. Det å bruke Bjørks (1999) modell for praktisk ferdighetsutøvelse til å analysere utførelse av morgenstellhandlinger var heller ikke gjort tidligere når denne oppgavens empiriske undersøkelse ble utført. På bakgrunn av det som er beskrevet ovenfor ble en åpen kvalitativ tilnærming valgt for å få fram ulike og eventuelt ukjente faktorer i praksissituasjonen, noe som kan gi en bredere forståelse for praktisk handlingsutførelse og læring av dette.

### 3.2 Hermeneutisk tilnærming

Tilnærmingsmåten knytter an til en hermeneutisk vitenskapstradisjon, og videre redegjøres for noen relevante aspekter ved hermeneutisk tilnærming i herværende studie. Et sentralt begrep innenfor den filosofiske hermeneutikken er *fordom* eller *forforståelse* og er spesielt knyttet til den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Forforståelse i denne sammenhengen betyr at vi ikke er forutsetningsløse i møte med tekster, handlinger og saker, men at vi alltid har en forutforståelse som er med å bestemme det vi forstår og fortolker i en situasjon. Forforståelsen er ikke bare alltid tilstedeværende, men den er også en nødvendig betingelse for å forstå (Thornquist 2003, Fredslund 2003). Hvis man ikke vet noe om det fenomenet som skal undersøkes, vil man heller ikke vite hvilke spørsmål som skal stilles. Fordi forskerens forforståelse er en del av forskningsprosessen og påvirker denne, er imidlertid innsikt i egen forforståelse en viktig forutsetning for å benytte en hermeneutisk innfallsvinkel (Fredslund 2003, Aadland 2004). I studien min valgte jeg både en situasjon og en handling som jeg var kjent med på forhånd. Mange års erfaring som lærer og praksisveileder for studenter i morgenstellsituasjoner utgjorde en vesentlig del av den forforståelsen jeg gikk inn i denne studien med. Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse, samt kunnskaper om grunnleggende praktiske sykepleieferdigheter og de utfordringer som knytter seg til læring og utvikling av disse som komplekse handlinger i naturlige settinger, representerer en annen del av forforståelsen. I forkant av observasjonsstudien av studentene gjennomgikk jeg undervisningsplaner og pensum knyttet til stell av pasient for disse studentene, og jeg fulgte forelesninger og demonstrasjonsundervisning i øvingslaboratoriet for det aktuelle studentkullet. Disse forberedelsene ble dermed også en del av forforståelsen min.

Forforståelsen er knyttet både til den *situasjonen* som er utgangspunktet for forståelse i en gitt sammenheng og til vår *forståelseshorison*, som omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger på et gitt tidspunkt (Thornquist 2003). Forståelse skjer i møtet mellom to horisonter – det oppstår en horisontsammensmelting. I følge Gadamer kan man imidlertid aldri oppnå fullstendig forståelse av en sak. Det man forstår, vil man bringe med seg videre som en ny forforståelse, som igjen vil inngå i nye sammensmeltinger med andre forståelseshorisonter (Fredslund 2003). Det som presenteres i resultatkapitlet i denne oppgaven, representerer således ikke en fullstendig eller ”ferdig” forståelse av problemstillingen i studien min, men et skritt på veien til ny erkjennelse.

Den *hermeneutiske sirkel*, et annet sentralt begrep innenfor hermeneutikken, illustrerer hvordan man i tolkningen av for eksempel en tekst eller en handling beveger seg mellom forforståelse og erfaringstolkning, der det blir et subjekt – subjekt forhold mellom den som tolker og det som fortolkes. Analysen av datamaterialet fra observasjonene av studentene ble et slikt samspill mellom materialet og meg som fortolker. I utgangspunktet hadde jeg satt opp en plan for hvordan de ulike trinnene i analysen skulle foregå. Det som skjedde i løpet av analysen, gjorde det imidlertid mest interessant å avvike fra denne planen for til en viss grad å la det som kom ut av de ulike trinnene i tolkningsprosessen styre videre tilnærming. Teksten ble på denne måten en medvirkende aktør – et subjekt som jeg lot meg engasjere av og være i dialog med. Den hermeneutiske sirkel beskriver også en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig. I analysen av observasjonsmaterialet ble studentenes handlinger delt opp i ulike fragmenter. De ulike delene av handlingene ble flyttet til egne dokumenter og analysert hver for seg. Morgenstellhandlingen ble tatt fra hverandre som et puslespill, der hver brikke ble gjennomgått separat. Likevel var det essensielt at de igjen ble relatert til den helheten de var en del av. Dersom man tenker seg sirkelen som en spiralbevegelse, betyr det at den som tolker, foretar en vedvarende fordypning i sin egen meningsforståelse. Analysen av datamaterialet ble således både en pendling mellom deler og helhet i handlingen og viste hvordan denne dialogen, både mellom forforståelse og tolkning og mellom helhet og del ga større dybde i forståelsen og frambrakte nye dimensjoner ved handlingen (Fredslund 2003, Thornquist 2003, Aadland 2004).



### 3.3 Design

Studien har et utforskende design, et design som preges av fleksibilitet og ved at studien av det fenomenet som skal undersøkes, foregår i naturlige omgivelser. Designet er også kjennetegnet ved ustrukturerte intervju- og observasjonsformer og ved at forskerkontrollen bør være minimal (Nord 1998). Herværende studies hensikt var å undersøke nye sider ved studentenes ferdighetslæring i praksis. Datasamlingen besto av ustrukturert observasjon i en naturlig klinisk setting og semistrukturerte intervjuer med studentene etter at det var gjort to observasjoner av samtlige studenter. For å kontrollere eller påvirke situasjonen minst mulig, hadde jeg ingen kontakt med studentene mellom observasjonssituasjonene, og de fikk ingen tilbakemelding på utførelsen sin etter observasjonene. Studentene fulgte utdanningens undervisningsopplegg i praksis fullt ut. Det eneste som skilte disse studentene fra de øvrige studentene i settingen, var at de ble observert under morgenstellsituasjonen to ganger hver og ble intervjuet etter siste observasjon. Tilnærmingen til en relativt vid problemstilling har vært fleksibel ved at det kun er Bjørks modell for ferdighetsutførelse (1999) som har representert et fast teoretisk utgangspunkt og fungert som struktur for analysen av observasjonsmaterialet.

Det er benyttet to ulike kvalitative metoder for innhenting av data i undersøkelsen - feltobservasjon og intervju. Datatriangulering er vanlig innenfor utforskende design (Nord 1998). Denzin & Lincoln (2000) understreker at hensikten med datatriangulering er å få en bredere og dypere forståelse for det fenomenet som studeres, ikke å validere resultater eller pretendere å gi en mer objektiv framstilling av virkeligheten. ”The combination of multiple methodological practices, empirical materials, perspectives, and observers in a single study is best understood, then, as a strategy that adds rigor, breadth, complexity, richness, and depth to any inquiry” (Denzin & Lincoln 2000, s.5). Det ble vurdert at observasjon og intervju ville gi et gjensidig utfyllende datamateriale i forhold til den problemstillingen for studien. Gjennom observasjon kan man se konkrete resultater av læring og utvikling, men i læringssammenheng kan ikke læring forstås atskilt fra følelsesmessige, intellektuelle, handlingsmessige og sosiale sider ved personen som skal lære (Hiim og Hippe 1998). Observasjonsnotatene ble imidlertid vurdert som hovedmaterialet i undersøkelsen, og disse var gjenstand for en grundig analyse. Intervjumaterialet ble benyttet til å belyse eller utfylle de aspekter eller mønstre som framkom gjennom analysen av observasjonene.

### 3.4 Valg av felt

Det å utvikle og opprettholde gode forhold både til deltakere i en studie og det feltet der forskningen skal foregå, er viktig for så vel effektiv datasamling som troverdigheten av forskningen (Devers og Frankel 2000). Ved deltakende observasjon samler forskeren selv inn data ved å se og høre på aktører mens de handler eller samhandler. Det betyr at forskeren må være til stede i det området eller feltet aktørene befinner seg. Valg av et felt må gjøres i samsvar med den problemstillingen som er valgt for en konkret studie (Grønmo 2004). Fordi fokus for studien i denne oppgaven var utvikling av grunnleggende sykepleieferdigheter, valgte jeg å studere sykepleierstudenter i første år av grunnutdanningen mens de var i sin første kliniske praksis, i dette tilfellet på sykehjem. Ledelsen ved en av sykepleierutdanningene i Oslo-området ble kontaktet og ga tillatelse til å utføre undersøkelsen (vedlegg 1 og 2). Studentene ved den valgte sykepleierutdanningen hadde en åtte ukers veiledet praksisperiode i begynnelsen av andre halvår av det første studieåret. Stell av pasient representerte en sentral læresituasjon i disse studentenes kliniske studier. Undersøkelsen fant sted i tidspunktet januar-februar 2001. Som det framgår av vedlegg 1, var det planlagt en pilotundersøkelse høsten 2000, dette for å styrke den forskningsmetodiske delen av studien, men det lyktes dessverre ikke å rekruttere studenter på det aktuelle tidspunktet.

I samarbeid med studieleder for 1.årsstudentene, ble et sykehjem i Oslo-området valgt ut som et mulig sted for den endelige undersøkelsen. Ledelsen ved sykehjemmet ble kontaktet og var positive til at studien kunne foretas ved institusjonen (vedlegg 3 og 4). I utgangspunktet skulle undersøkelsen ha foregått på to ulike praksisplasser fordi disse ville representere ulike læringsmiljøer for studentene. Dette ble også oppgitt i informasjonen til de studentene som skulle rekrutteres til undersøkelsen (vedlegg 5). Etter en del praktiske overveielser i samarbeid med studieleder ved den aktuelle utdanningen, ble det imidlertid bestemt å velge ett sykehjem. Det ble vurdert at de ulike avdelingene studentene ville bli plassert på, likevel ville være forskjellige og representere ulike læringsmiljøer.

### 3.5 Utvalg av studenter

Den vanligste analyseenheten i denne typen studier er aktører eller deltakere. Aktører kan være enkeltindivider så vel som større eller mindre grupperinger av individer (Grønmo 2004). I denne oppgavens studie ga problemstillingen en klar føring i forhold til type analyseenhet. Aktørene var enkeltindivider – sykepleiestudenter i første studieår av det som i 2001 fortsatt ble betegnet som treårig grunnutdanning i sykepleie. Utvalget må karakteriseres som et strategisk utvalg, fordi deltakerne ble valgt ut fra vurderinger av hvilke enheter som ble ansett mest relevante og interessante i relasjon til studiens problemstilling. Også størrelsen på utvalget ble bestemt ut fra strategiske vurderinger (Grønmo 2004). Nedenfor spesifiseres nærmere hvordan utvalget er gjennomført i denne studien.

Studentene i første studieår ved den aktuelle utdanningen var delt i to puljer eller klasser. Første pulje var i praksis fra januar til februar, neste pulje fra februar til april / mai. Studien måtte foregå innenfor denne tidsrammen; hvis ikke ville det gå ett år før nye studenter skulle ut i praksis igjen. Det var hensiktsmessig å satse på at studien skulle gjennomføres ved hjelp av deltakere fra den puljen av studenter som skulle ut i praksis i januar. Dersom det av ulike grunner skulle vise seg at undersøkelsen ikke lot seg gjennomføre på en forsvarlig måte med disse studentene, ville det være mulig å rekruttere noen studenter fra neste pulje. Et utvalg på minimum fire deltakere ble ansett som nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon. For å gardere mot frafall av deltakere og andre uforutsette hendelser, var det derfor i utgangspunktet ønskelig med et utvalg på seks studenter.

En hel klasse fikk først muntlig informasjon om studien. Informasjonen fant sted i siste del av en forelesningstime, og de fleste studentene var til stede. Jeg hadde da også med et informasjonsskriv med en skriftlig samtykkeerklæring (vedlegg 5), samt et kort spørreskjema (vedlegg 6) for å innhente noen bakgrunnsopplysninger om hver enkelt student. Dette lå i en konvolutt med mitt navn på og ble delt ut til alle studentene etter den muntlige redegjørelsen for undersøkelsen. Studentene fikk beskjed om at de av dem som hadde lyst til å delta i undersøkelsen, kunne fylle ut spørreskjemaet og den skriftlige samtykkeerklæringen og levere dette i konvolutten med mitt navn på i utdanningens

ekspedisjon i løpet av de nærmeste tre dagene. Denne måten å gjøre det på skulle sikre at studentenes deltakelse var frivillig og uten noen følelse av press fra meg eller andre, og dessuten at så få som mulig fra utdanningen visste hvem som til syvende og sist kom til å delta. 28 studenter leverte inn spørreskjemaet og skriftlig samtykke til deltakelse.

Blant de 28 studentene som ønsket å delta i undersøkelsen, skulle det gjøres et utvalg på seks studenter. Av bakgrunnsopplysningene framgikk det at disse studentene var ulike både når det gjaldt alder, kjønn, utdanning og tidligere arbeidserfaring, og det måtte derfor gjøres en vurdering i forhold til hvor bredt sammensatt utvalget til denne studien skulle være. Et bredt utvalg ville kunne gi et datamateriale med mer nyanserte lærings- og utviklingskarakteristika. På den andre siden ville det være vanskelig å knytte disse karakteristikkene til deltakernes ulike egenskaper og samtidig opprettholde anonymitet med et så begrenset utvalg.

Av de 28 studentene som ønsket å delta var 22 mellom 20 og 28 år, 25 var kvinner, og 20 hadde tidligere erfaring fra pleie- og omsorgsarbeid. Dersom man sammenliknet dette med studentgruppen som helhet, så man at disse tallene samsvarte med hvordan alder og kjønn var fordelt blant studentene ved denne sykepleierutdanningen. Ut fra studiens problemstilling ble det vurdert som aktuelt å studere utviklings- og læringskarakteristika hos de studentene som representerte hovedgruppen av studenter i utdanningen. Seks av studentene som ønsket å delta, hadde ingen tidligere erfaring. Å få med læreerfaringer fra studenter uten erfaring, ble ansett for å være så interessant for problemstillingen at det her ble gjort et unntak. På bakgrunn av denne vurderingen ble følgende kriterier for inklusjon i utvalget satt opp:

- Alder: 20 – 28 år
- Kjønn: Kvinnelige studenter
- Erfaring: 2 studenter uten noen erfaring med å stelle pasienter og 4 studenter med denne erfaringen.

Studentene som fylte disse kriteriene, ble delt inn i to bunker; - de med og de uten erfaring, og deltakerne ble så blindt trukket ut fra de to bunkene. Deltakerne ble deretter i samarbeid med studieleder plassert på fire ulike avdelinger på det aktuelle sykehjemmet. Studentene fikk brev med informasjon om dette (vedlegg 7).

Fem av studentene fullførte studien. En av studentene (student E) ble plassert på skjermet avdeling og fikk ansvaret for en pasient med så stor grad av kognitiv svikt at det ikke syntes forsvarlig å foreta observasjonen med denne pasienten. Det var heller ikke andre pasienter på denne avdelingen det ville være riktig å ha med. Løsningen hadde vært at studenten ble plassert et annet sted, men dette ville bety oppbrudd etter kort tid for studenten i praksis og passe dårlig både for student, kontaktsykepleier og praksisstedet. Denne studenten, som var en av de med tidligere erfaring, gikk derfor ut av undersøkelsen, slik at det ble tre studenter med tidligere pleierfaring og to studenter uten slik erfaring som fullførte undersøkelsen.

Selv om jeg hadde tidligere erfaring fra den observasjonssettingen jeg valgte, var både det aktuelle sykehjemmet, personalet og samtlige aktører i studien ukjent for meg på forhånd.

### **3.6 Metode for innsamling av data**

Som tidligere beskrevet, ble observasjon og intervju valgt som metode. De fem studentene i utvalget ble observert to ganger i løpet av en åtte ukers praksisperiode mens de hjalp en pasient med morgenstell. Av vedlegg 1, 3 og 5 framgår det at studentene i utgangspunktet skulle observeres tre ganger i løpet av praksisperioden. Det viste seg at dette ble vanskelig å gjennomføre i løpet av en relativt begrenset praksisperiode, og valget falt derfor på to observasjoner. Første observasjon fant sted i begynnelsen av praksisperioden, andre observasjon helt på slutten av perioden. På forhånd var det laget en observasjonsguide med de ulike trinnene som bør være med i et morgenstell (vedlegg 11). Imidlertid valgte jeg å ikke bruke guiden i observasjonene, men heller observere åpent og skrive ned så mye som mulig av det studentene sa og gjorde. Studentene ble observert fra de forberedte seg på å gå inn til pasientene til de var ferdig med å rydde rommet og ellers annet etter morgenstellet. Etter observasjonene ble observasjonsnotatene, samt egne kommentarer og spørsmål umiddelbart skrevet inn på PC. Etter siste observasjon ble det foretatt et semistrukturert intervju med hver enkelt av deltakerne, med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 12). Nedenfor følger en nærmere redegjørelse for observasjons- og intervjumetoden og hvordan disse metodene er brukt i studien.

### 3.6.1 Å observere studentenes handlinger i en naturlig setting

Det å observere og registrere hva som faktisk skjer når studenter handler, er et viktig supplement til intervjuer av studenter, kontaktsykepleiere, lærere og andre når det gjelder å studere handlingskompetanse. Intervjuer og spørreundersøkelser gir nyttig, men indirekte, annenhånds informasjon. Ved observasjon får forskeren mer direkte tilgang på det som skjer i en situasjon. Når informanter beskriver det de har gjort, selv om dette skulle skje umiddelbart etter handlingen, vil det nødvendigvis være et større eller mindre aspekt av filtrering og tolkning i det som fortelles, og forskeren vil i stor grad være avhengig av informantens framstilling av virkeligheten. Når noen intervjues eller svarer på en spørreundersøkelse, vil de dessuten ikke være problemorientert og problemløsende, slik de vil måtte være i en autentisk naturlig setting (Repstad 1998). Når en student hjelper en pasient med morgenstell, vil hun gjennom stellet gjøre avveininger og vurderinger i forhold til den aktuelle pasientens behov der og da. Fordi sykepleieres ferdighetsutøving er knyttet til levende mennesker og kontekster i stadig endring, er det å være problemorientert og problemløsende viktige forutsetninger for å kunne utføre en handling på en god måte (Kapstad 1999). Evne til problemløsning er en essensiell del av den kommende sykepleiers handlingskompetanse, og utviklingen av denne evnen vil det i følge Repstad være vanskelig å få øye på fra sidelinjen. Observasjon sikrer imidlertid ikke objektiv kunnskap eller sannhet om den sosiale settingen eller situasjonen som studeres. Det vil alltid finnes ulike versjoner av det som foregår i en observasjonssituasjon (Angrosino & Mays de Pérez 2000). Det er viktig å understreke at forskerens observasjoner og registreringer også innebærer en fortolkning av virkeligheten, noe man ikke bør overse når funnene presenteres og diskuteres.

Innenfor feltarbeid kan man ha både åpen og skjult observasjon. Åpen observasjon er – ikke minst av etiske grunner – den vanligste, og det var også en selvfølge i denne studien at åpen observasjon skulle anvendes (Grønmo 2004). Alle berørte parter var klar over min rolle og hadde gitt sitt samtykke til at studien kunne utføres. Relasjonen forskeren har til feltet og deltakerne kan variere fra å være fullstendig deltaker til å være fullstendig observatør. Mellom disse to ytterpunktene befinner det seg ulike feltposisjoner. Fordi hensikten med studien av studentenes ferdighetslæring var å registrere mest mulig av det som foregikk og påvirke minst mulig av handlingene, ble rollen som passiv observatør eller observerende deltaker valgt (Hammersley & Atkinson 1996, Angrosino & Mays de

Pérez 2000, Polit & Beck 2004). Selv om undersøkelsen foregikk i en naturlig setting, var selve observasjonssituasjonen begrenset. I de dagene studien pågikk, kom jeg rett før morgenstellet skulle foregå og gikk igjen umiddelbart etterpå. Dette fordi jeg ønsket å se nærmere og mer detaljert på en enkelt situasjon der studentene brukte sine praktiske ferdigheter. Anvendelsen av Bjørks modell (1999) for praktisk ferdighetsutførelse betinget også en mer detaljert beskrivelse av en begrenset situasjon framfor observasjoner over lengre tid av mest mulig av studentenes handlinger i løpet av dager og uker. Dette betyr nødvendigvis at læringsmiljøet, som har stor betydning, særlig for studentenes trygghet og motivasjon, ikke blir belyst gjennom observasjonene. Dette blir imidlertid i noen grad trukket fram under intervjuene. Fordi observasjonene var så begrenset og jeg ikke oppholdt meg lenge i feltet om gangen, var forskerrollen på mange måter enklere enn om jeg skulle oppholdt meg i miljøet over tid og etablert en posisjon i forhold til langt flere i settingen (Devers og Frankel 2000). Studien foregikk på fire ulike avdelinger, og selv om personalet på avdelingene var informert om studien og mange kjente meg igjen når jeg kom, hadde jeg et distansert forhold til de fleste utenom studenten, pasienten og ansvarlig sykepleier. I det følgende omtales noen aspekter som vurderes relevante å trekke fram i forhold til observatørrollen:

Valget av en kjent setting. En kjent setting ble valgt fordi det var viktig å få med flest mulig detaljer av studentens handlinger i stell-situasjonen. Bruk av video var uaktuelt både på grunn av pasientkategorien og type handling, og dermed måtte jeg være i stand til å registrere mest mulig selv. Dette var en setting jeg kunne se for meg på forhånd og således planlegge til en viss grad. Det igjen ga mulighet til å konsentrere oppmerksomheten om det som skjedde i stedet for samtidig å måtte føle seg fram i et ukjent terreng. Forskning på hjemmebane og forhåndskjennskap til miljøet kan gjøre forskeren i bedre stand til å forstå det som skjer og unngå feilslutninger. Samtidig er ikke kjennskap til miljøet og situasjonen uproblematisk. Det kan blant annet føre til at man tar mer for gitt enn det man burde gjøre som forsker. "En forsker bør undre seg over det som skjer i feltet, og det kan være vanskelig å få til hvis man har opplevd de samme tingene i dette feltet i årevis" (Repstad, 1998, s.31). Man kan si at utgangspunktet når man går inn i feltet er en innebygd profesjonell feltblindhet (Malterud 2003). Samtidig som jeg vurderte erfaringen i å observere studenter i denne settingen som en fordel, ble det således nødvendig å reflektere over hvilke "briller" jeg hadde på når jeg observerte og å balansere

mellom ”nærhet og fremmedhet” (Hammersley & Atkinson 1996, s.140). Olsen (1998) skriver at forskerens sosiale og kulturelle tilknytning til feltet både begrenser og gir muligheter for forståelse, og at det er viktig å være bevisst hvordan dette skjer. Som lærer har man et fortløpende veilednings- og vurderingsansvar, og som følge av dette legger man gjerne mer vekt på enkelte aspekter ved studentenes handlinger enn andre. I studien var det viktig å registrere data fortløpende under observasjonen uten noen vurdering der og da av hva som kunne være mer essensielle handlinger enn andre. Olsen (1998) understreker i sin studie at forskeren skal ta imot det sansede uten at tolkning og analytisk refleksjon dominerer, og at utfordringen er å gi en så naiv beskrivelse som mulig. På forhånd ble flere måter å strukturere observasjonen på vurdert. Å strukturere på bakgrunn av modellen for praktisk ferdighetsutøving (Bjørk, 1999) ble antatt å være for komplisert. Virkeligheten er vanskelig å få øye på gjennom en modell; den er for uforutsigbar og kompleks i det øyeblikket handlingene foregår. Modellen ble vurdert å være mer brukbar som et analyseredskap for datamaterialet i ettertid. Til slutt falt valget på en åpen registrering av alt som skjedde i morgenstellet uten å bruke observasjonsguide eller noe annet redskap for å strukturere observasjonene. Samtidig må det understrekes at egne erfaringer og egen forståelse vil styre både hva man ser og hvordan man registrerer og tolker det som foregår i en situasjon (Angrosino & Mays de Pérez 2000).

Feltrollen og påvirkning av deltakere / aktører. Rollen som observerende deltaker foregikk på følgende måte: Jeg fulgte studentene gjennom hele morgenstellsituasjonen og noterte ned alt jeg fikk med meg på en blokk. Både studenter og pasienter var inneforstått med dette på forhånd (se vedlegg 3, 5 og 7). Jeg sto eller satt på diskret avstand fra student og pasient, men samtidig i en posisjon som muliggjorde observasjon. I begynnelsen forholdt jeg meg helt passivt til det som skjedde, men fant etter hvert ut at det å gi en hjelpende hånd i enkelte situasjoner, var nødvendig og gjorde situasjonen mer naturlig, samtidig som det ikke gikk vesentlig ut over registrering av data. Mesteparten av tiden var jeg imidlertid passiv tilskuer. Et par ganger uttrykte studentene at de var litt nervøse og stresset når jeg var med, men for det meste syntes de det var i orden og sa at de ikke ble særlig affisert av min tilstedeværelse. Pasientene ga uttrykk for at det var i orden at jeg var til stede, og de fleste lot ikke til å ense mitt nærvær ut over det at jeg hilste på dem og pratet litt i begynnelsen og sa takk for meg når observasjonen var over. Som observatør må man imidlertid alltid regne med at man i varierende grad påvirker deltakerne i den



settingen som observeres og også selv påvirkes av situasjonen og de som deltar i den (Burns & Grove 2001). Som deltakende observatør er man med på å skape en situasjon som aldri kan bli helt naturlig, og i denne situasjonen vil de som deltar preges av at det de gjør, blir kartlagt av en fremmed. Selv om pasienter og studenter ikke syntes å være vesentlig påvirket av at jeg var til stede, var det derfor nødvendig med en løpende vurdering av den posisjonen jeg hadde som observatør og hvordan dette kunne innvirke på de data som ble registrert (Malterud 2003, Grønmo 2004).

Påkledning. På dette sykehjemmet brukte pleierne på tidspunktet for undersøkelsen sivil tøy. Ved stell og andre prosedyrer der tøyet kunne bli tilsølt eller når man ønsket å beskytte seg mot eller forhindre smittespredning, brukte man stoffforklær i plast utenpå tøyet. Studentene på praksisstedet kunne velge om de ville gå sivilt kledd eller ikke. I begynnelsen foretrakk mange av dem sivil tøy fordi de fleste av personalet brukte dette. Dersom man ikke brukte sivil tøy, skulle et farget antrekk brukes. For å etablere tillit til felt og aktører og ikke skille meg ut fra det de fleste studenter og pleiere gikk kledd i, anvendte jeg også i starten sivil tøy (Hammersley & Atkinson). Etter hvert gikk jeg imidlertid over til å bruke et farget uniformsantrekk. Det var to grunner til det. For det første begynte flere av studentene å bruke uniform fordi de mente det var mer praktisk og hygienisk. For det andre var jeg en ukjent person for pasientene, og selv om de var informert om hvem jeg var og hvorfor jeg var der, følte jeg at det å bruke en uniform ga pasientene en ekstra trygghet i forhold til min tilstedeværelse. Uniformen jeg brukte, fikk jeg på sykehjemmet, og mange av pleierne brukte denne.

Hvordan registrere så mye som mulig? Det er ikke mulig å observere og registrere alt som skjer i en situasjon, selv om den er avgrenset både når det gjelder tid og rom. Feltnotater eller observasjonsnotater vil derfor kun gjenspeile en del av en kompleks virkelighet (Hammersley & Atkinson 1996, Malterud 2003). Observasjonsnotater bør imidlertid være en mest mulig utførlig beskrivelse av det forskeren ser og hører i situasjonen (Grønmo 2004). Tidligere erfaring med å observere studenter i morgenstellsituasjoner ga mulighet til i noen grad å kunne forberede hva og hvordan jeg skulle observere. Imidlertid hadde jeg ingen erfaring med å være passiv observatør som skulle notere ned alt som foregikk. For senere å kunne analysere stellsituasjonen i forhold til de ulike kategoriene i Bjørks (1999) modell, syntes det meget viktig å få med så mange

detaljer som mulig. Dette forsøkte jeg å oppnå på to måter. Når det gjaldt den skriftlige registreringen laget jeg meg på forhånd bokstavkoder og forkortelser som skulle gjøre det lettere å notere meget fort. For eksempel ble student "s" og beboer "b". For det andre var det viktig å utnytte det man husket fra situasjonen umiddelbart etterpå. Kravene til hukommelsen blir store når man ikke bruker tekniske hjelpemidler som video eller båndopptaker, og da blir det essensielt å organisere feltarbeidet slik at man har tid og sted til å lage et feltnotat umiddelbart etter observasjonen (Repstad 1998, Grønmo 2004). Observasjonsnotatene ble derfor renskrevet og overført til PC med det samme hver enkelt observasjon var over. Notatene fra observasjonene, samt nærhet i tid til situasjonen gjorde at jeg også husket observasjoner jeg av ulike grunner ikke hadde fått skrevet ned, samtidig som jeg fortsatt kunne se for meg settingen og atmosfæren i situasjonen og kunne skrive ned egne spørsmål og kommentarer til det jeg hadde sett. Å ha relativt detaljerte observasjonsnotater sammen med egne spørsmål og kommentarer, samt beskrivelse av kontekst / setting gjorde det lettere å huske situasjonene i ettertid, noe som viste seg å være en fordel når datamaterialet ble liggende en god stund før jeg tok fatt på den endelige analysen av materialet.

Det bør understrekes at observasjonene og registreringen av disse representerer forskerens måte å oppfatte virkeligheten på og sette ord på den. Virkeligheten fester seg ikke direkte til papiret. Malterud (2003, s.73) sier det slik: "Virkeligheten er en levende hendelse i tid og rom som aldri kan konserveres fullt ut for ettertiden. Alle former for datamateriale er mer eller mindre vellykkete gjengivelser av det som hendte, filtrert og redusert gjennom de valg som datainnsamlingen innebærer."

### **3.6.2 Intervju**

Det ble foretatt intervjuer av hver student samme dag som siste observasjon av vedkommende fant sted. Observasjonene var over tidlig på formiddagen, og intervjuene ble foretatt på ettermiddagen. Dette ga mulighet til å renskrive observasjonsnotatene og gå gjennom disse, samt notatene fra første observasjon før den enkelte student skulle intervjues. Intervjuene var semistrukturerte og ble foretatt ved hjelp av en intervjuguide med åpne spørsmål (vedlegg 12). Intervjuguiden var konstruert delvis på bakgrunn av spørsmål som ble generert av den første observasjonen av studentene og delvis på

bakgrunn av spørsmål jeg hadde rundt studentenes utvikling og læring i praksis (Kvale 1997, Polit & Beck 2004).

Intervjuene foregikk på et eget rom, slik at vi unngikk forstyrrelser. En minidisc opptaker med en liten mikrofon ble anvendt for å ta opp samtlige intervjuer. Kvale (1997) beskriver forskningsintervjuet som en mellommenneskelig situasjon, der kunnskap framkommer i interaksjonen mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Det blir derfor viktig å skape en atmosfære der den som blir intervjuet føler seg trygg nok til å snakke om det vedkommende tenker eller føler. Før intervjuene fikk studentene tilbud om en kopp kaffe, te eller noe annet å drikke, og vi pratet litt sammen først, slik at stemningen skulle være så naturlig som mulig. Hvert intervju varte ca. en time. Intervjuguiden ble fulgt i samtlige intervjuer, men fordi det var mange åpne spørsmål, ble svarene og oppfølgingsspørsmålene til en viss grad ulike for hver enkelt student. Alle studentene var meddelsomme og svarte åpent på alle spørsmål, selv om de syntes noen av spørsmålene var litt vanskelige å svare på. Det gikk spesielt på spørsmål der de skulle huske hvordan de hadde blitt instruert og hva de hadde reflektert over i begynnelsen av praksisperioden. Når det gjaldt spørsmål om læringsmiljø og hvordan de hadde opplevd praksisperioden, virket det imidlertid som de syntes at det var fint å få snakke om dette, enten de hadde positive eller negative opplevelser.

De siste observasjonene og intervjuene foregikk på fem påfølgende arbeidsdager, så det ble liten anledning til å bearbeide hvert enkelt intervju før jeg tok fatt på neste. Etter hver intervjusituasjon hørte jeg raskt gjennom båndet for å forsikre meg om at alt hadde kommet med, men ut over dette ble alle intervjuene foretatt på samme måte, uten noe forsøk på forbedring av intervjuteknikken. Transkriberingen ga et rikholdig datamateriale der mange aspekter var berørt, men viste også at det hadde vært en fordel å endre tilnærmingen noe i intervjusituasjonen, for eksempel i forhold til måten å stille oppfølgingsspørsmål på og gi informantene mer rom og tid til å utdype en del av det de sa.

Intervjuene ble transkribert i løpet av de påfølgende ukene. Etter transkriberingen ble både observasjonsnotatene og det transkriberte intervjumaterialet av praktiske årsaker liggende ubearbeidet i drøyt ett år.

### 3.7 Analyse av observasjonsnotatene

Datamaterialet besto av observasjoner av fem studenter i to ulike morgenstell, ett i begynnelsen av praksisperioden og ett i slutten av denne perioden. I alt blir dette observasjonsnotater fra ti situasjoner der studenter hjalp pasienter med morgenstell.

#### 3.7.1 Bearbeiding av materialet etter første observasjon

Den første bearbeidingen av observasjonsnotatene skjedde etter første observasjon av samtlige studenter. Denne bearbeidingen tok sikte på å forberede andre observasjonsrunde, samt utarbeide en intervjuguide. Selv om Bjørks modell for ferdighetsutførelse (Bjørk 1999) skulle brukes til den endelige analysen av materialet, ble det vurdert at en detaljert analyse i forhold til alle deler av modellen ikke var ønskelig, verken av tidsmessige eller metodiske grunner. Rent metodisk ville en detaljert analyse før siste observasjon begrense noe av den åpenheten som var ønsket også i neste observasjonsrunde. Det ble i stedet valgt å sammenfatte delene i Bjørks modell i et *hva* og et *hvordan*. Substans utgjorde *hva* som var trinnene i handlingen, og de resterende delene av modellen dreide seg om *hvordan* handlingen ble utført. En tabell med fire kolonner ble konstruert, og materialet fra første observasjon ble ryddet / analysert i forhold til følgende elementer: observasjonsnotater, hva, hvordan og personlige kommentarer. Denne første bearbeidingen av materialet ga en oversikt over materialet, både av metodisk og innholdsmessig art, som dannet et grunnlag for neste observasjonsrunde.

Metodisk viste det seg at observasjonene var relativt detaljerte i forhold til de ulike trinnene i morgenstellsituasjonene. Selv om denne analysen også viste at det var aspekter ved handlingene jeg ikke hadde fått med meg, ble det vurdert at observasjonsmaterialet ga et tilstrekkelig bilde av studentenes handlinger i forhold til den endelige og mer detaljerte analysen. Dette indikerte at metoden fungerte i forhold til sin hensikt og at andre observasjon kunne foregå på samme måte.

Under bearbeidingen av materialet fra første observasjon framkom ulike spørsmål til materialet eller til studentenes handlinger som var essensielle i utarbeidelsen av en intervjuguide. Viktig i forhold til intervjuguiden var også flere spørsmål som ble skrevet ned umiddelbart etter hvert morgenstell, samt de som framkom når observasjonsnotatene

ble renskrevet samme dag. Hele prosessen rundt den første observasjonsrunden med påfølgende bearbeiding av materialet genererte således mange ulike spørsmål. Disse ble kategorisert i forhold til aspekter som syntes å gå igjen, og dannet til slutt den intervjuguiden som ble brukt etter andre observasjon (vedlegg 12).

Den første bearbeidingen av materialet viste dessuten at trinnene i morgenstellet ikke nødvendigvis fulgte den sekvens som var satt opp i observasjonsguiden (vedlegg 11). De fleste hovedtrinn i guiden var med i samtlige stell, men situasjonene inneholdt mange små trinn som var relatert til den aktuelle konteksten og som gjorde handlingen vesentlig mer komplisert enn den morgenstellprosedyren studentene hadde lært på skolen gjennom pensum, forelesninger og i øvingsavdelingen. Metodisk viste denne kompleksiteten at det var hensiktsmessig å observere og skrive ned det som skjedde i situasjonen, uten å la observasjonsguiden styre hva som ble nedtegnet hvor og når. En mer strukturert observasjon ville muligens ha gitt mer konsekvente observasjoner, men det kontekstuelle og relasjonelle aspektet ved handlingene som tydelig vises allerede i første observasjon, ville det vært vanskelig å fange på denne måten. Siden det nettopp er disse aspektene ved handlingen som viser kompleksiteten studentene møter i kliniske studier, var det essensielt at disse kom fram.

### **3.7.2 Bearbeiding og analyse av datamaterialet fra begge observasjoner**

Analyse kan beskrives som en prosess der man organiserer data slik at de får struktur og gjøres lettere tilgjengelig for tolkning (Repstad 1998). I det følgende beskrives hvordan analyseprosessen ble utført i denne studien. Datamaterialet fra de to observasjonene ble i utgangspunktet sett på som det mest sentrale i denne studien, og dette materialet ble bearbeidet og analysert før bearbeiding av det transkriberte intervjumaterialet. Observasjonsnotatene både fra første og andre observasjon ble bearbeidet på samme måte. Den bearbeidingen av observasjonsnotatene som ble gjort etter første observasjon, ble lagt til side, men ble en del av forforståelsen forut for den endelige analysen.

Ulike framgangsmåter eller prosedyrer kan benyttes i analysen av kvalitative data, alt etter hva som er formålet med analysen. I herværende studie ble det valgt å foreta en teoretisk eller deduktiv analyse, som betyr at teksten sorteres etter forhåndsbestemte kategorier hentet fra teorier eller modeller (Leiulfstrud & Hvinden 1996, Malterud 2003). Elementene

i Bjørks modell for ferdighetsutførelse (1999) representerte kategorier eller temaer materialet ble kodet i forhold til. Hensikten med dette var å se observasjonene av studentenes handlinger med andre briller enn det jeg har hatt når jeg har observert dem i praksis som lærer, samt å prøve ut Bjørks modell som redskap for å analysere en kompleks handling i en naturlig klinisk setting.

Det første trinnet i bearbeidingen av datamaterialet, var imidlertid å rydde / klargjøre det for den planlagte analysen og tolkningen (Kvale 1997). Hele observasjonsmaterialet ble lest gjennom en gang, for å få et helhetsinntrykk av situasjonene som var beskrevet (Repstad 1998). Ved annen gjennomlesing av observasjonene ble følgende deler av materialet ryddet ut og plassert i hvert sitt dokument: Egen rolle, personlige notater, metodenotater, spørsmål etter 1.observasjon, samt studentenes opplevelse, spørsmål og ytringer i forbindelse med og i etterkant av stellet. Tilbake sto det jeg hadde notert ned om det studentene gjorde og sa sammen med den beboeren de hjalp med morgenstell, samt den konteksten handlingene foregikk i. Dette materialet var utgangspunktet for videre analyse og tolkning.

Observasjon en og to ble gjennomgått for hver enkelt student. Materialet ble kodet i forhold til modellens elementer; - substans og sekvens, nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg, samt kontekst. Hver del av modellen fikk hvert sitt dokument på PC-en, og ved den første kodingen ble hele setninger, linjer og avsnitt ryddet inn under den eller de delene av modellen der jeg vurderte at de hørte hjemme. Ulike farger ble brukt for å skille det jeg vurderte som positivt og det jeg vurderte som negativt i studentenes utførelse. Positive aspekter fikk sort farge, negative aspekter fikk rød farge. Både flytting av linjer / tekstavsnitt og koding i forhold til positiv og negativ valør med farger ble begrunnet fortløpende med blå skrift gjennom samtlige dokumenter. Et eksempel relatert til ”nøyaktighet” illustrerer dette:

Figur 2 Eksempel fra del av analysen

Hun slår ned klaffen på nattbordet – vasker ikke av det.  
Her har det vært oppbevart skittent vaskefat, håndklær etc.  
Unøyaktig i forhold til hygieniske prinsipper.

Hun legger alt fra seg der det skal være og tar av seg  
hanskene igjen. Vasker hendene. Plasserer alt riktig og  
husker på håndvask når hun tar av seg hanskene.

Begrunnelsene ble gjort på bakgrunn av innholdet i modellens begreper, pensumlitteratur og notater fra forelesninger om stell av pasient og gjennomgang av temaet på øvingsavdelingen. Samtidig ble spørsmål, tanker, refleksjoner og assosiasjoner som dukket opp i arbeidet med materialet, notert ned. Denne framgangsmåten ga en oversikt over hvor mye materiale som fantes innenfor hver enkelt kategori og hvilke deler som kunne relateres til flere kategorier (Repstad 1998). Slik ble det klarere hva observasjonene viste av studentens utførelse i forhold til hver enkelt del av modellen. Materialet som framkom av dette arbeidet, ble organisert i forhold til første og andre observasjon på hver enkelt student og i forhold til hver enkelt del av modellen.

Ved neste gjennomgang av materialet ble ord eller begreper på hva de ulike tekstavsnittene / handlingssekvensene dreide seg om notert i margin. På en måte ble dette å lage koder i forhold til de ulike delene av modellen relatert til morgenstell. Når det gjelder substans og sekvens, ble det å skrive trinnene i stikkordsform. Når det gjaldt de andre delene av modellen, ble det å finne ord og begreper som var essensielle i forhold til nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg. De ord og begreper som framkom i denne delen av analysen ga en bedre oversikt over et relativt omfattende datamateriale, samtidig som de la føringer for valg av videre analyse.

Den neste fasen av analysen tok sikte på å få fram eventuelle mønstre eller mulig endring / utvikling i en eller annen retning når det gjaldt ferdighetsutførelsen. Kompleksiteten i morgenstellhandlingene gjorde det umulig å sidestille første og andre observasjon for å sammenligne, selv når bearbeidingen av materialet overfor hadde gjort det mer oversiktlig. Det var bare to av studentene som stelte samme pasient begge ganger, og det kontekstuelle aspektet, blant annet knyttet til pasientenes ulike sviktilstander og dagsform gjorde at handlingene måtte tilpasses og ble ulike i større eller mindre grad. Når første og andre observasjon likevel var gjenstand for sammenligning i den videre analysen, måtte dette gjøres på en måte som tok høyde for kompleksiteten beskrevet over. Blant annet var det viktig å være bevisst på hvilke handlingsaspekter som kunne sammenliknes.

I den følgende delen av analysen ble *substans* og *sekvens* behandlet hver for seg.

I forhold til substans, ble manglende trinn i første og andre morgenstell notert ned. Deretter ble de to morgenstellene sammenlignet og eventuelle likheter, ulikheter eller forandringer

ble registrert. Endringer kunne for eksempel ses i forhold til antall manglende trinn hos hver enkelt student i hvert morgenstell, og det kunne indikeres ved trinn som gikk igjen i begge morgenstell hos en pasient og som kunne sammenlignes. På denne måten framkom noen aspekter som kunne tyde på positiv endring, noen der endringen var negativ, samt noen aspekter som var like ved begge observasjoner, og der denne likheten kunne være både positiv og negativ. Til slutt ble manglende trinn i 2. observasjon som indikerte manglende læring hos studenten trukket fram. Hvert av disse punktene ble begrunnet med hvorfor man antok at de skyldtes manglende læring, kompleksiteten i de manglende trinnene ble vurdert og mulige grunner til manglende læring i forhold til de enkelte trinnene ble foreslått. Dette ble igjen oppsummert ved hjelp av en beskrivelse og vurdering.

”Seksens” ble gjennomgått og beskrevet på samme måte som ”Substans”, men her var utgangspunktet uhensiktsmessig eller ulogisk seksens.

I forhold til komponenten ”Nøyaktighet” ble en noe annen tilnærming valgt. Det ble laget en detaljert liste over samtlige aspekter studentene var nøyaktige eller unøyaktige i forhold til i begge observasjoner. Denne listen samsvarte med de ord og begreper som tidligere var notert ned og ga grunnlag for å kategorisere og komme fram til overordnede begreper som betegner viktige aspekter knyttet til nøyaktighet i ferdighetsutførelse. Dette illustreres nedenfor:

Figur 3 Aspekter knyttet til nøyaktighet

Velvære	Orden
Hygiene	Medbestemmelse
Ivaretagelse av hud	Integritet
Estetikk	Verdighet (ikke krenke)
Sikkerhet	Opprettholde funksjon
Bruk / håndtering av utstyr	Trygghet
Forebygge skade	

Deretter ble alle handlinger som tidligere var registrert som nøyaktige eller unøyaktige hos samtlige studenter i begge observasjoner, skrevet ned og relatert til kategoriene / aspektene, slik det vises i følgende eksempel:



Figur 4 Eksempel fra analysen

- Passet på at pasienten satt godt – at føttene var riktig plassert når hun skjøv beboers stol inntil frokostbordet (velvære, sikkerhet, trygghet, forebygge skade)
- Vasker hender før hun begynner å re senga (hygiene)
- Hever senga når hun rer den (forebygge skade)
- Rydder bort skittent tøy / brukt utstyr på riktig måte (hygiene, orden)

Dette hadde til hensikt både å styrke troverdigheten i denne delen av analysen og i neste omgang å se på mulige ulikheter i de to observasjonene med tanke på endring / utvikling. For å få fram hvor sentrale de ulike aspektene / kategoriene var i forhold til nøyaktighet ble også opptelling brukt i denne delen av analysen ved at det ble registrert hvor ofte de ulike begrepene / aspektene var relatert til handlingene. Velvære var for eksempel relatert til nøyaktighet i til sammen 80 handlingssekvenser, langt mer enn aspekter som estetikk og orden. Til slutt ble unøyaktige handlinger i andre observasjon som kunne tyde på manglende læring, listet opp. Her ble samme framgangsmåte fulgt som for substans og sekvens. I forhold til hver unøyaktige handlingssekvens ble det begrunnet hvorfor dette antydte manglende læring, det ble vurdert hvor utfordrende de var i forhold til studentenes forutsetninger og mulige grunner til manglende læring ble skrevet ned.

”Flyt”, ”integrasjon” og ”omsorg” ble gjennomgått på samme måte som ”nøyaktighet”. Handlingsaspekter knyttet til flyt dreide seg både om aspekter studentene viste god eller dårlig flyt i forhold til og aspekter som viste hvilke forutsetninger som må være til stede for å få flyt i handlingen. Når det gjaldt integrasjon og omsorg framkom aspekter studentene viste integrasjon / omsorg eller manglende sådan i forhold til. I tillegg til å styrke troverdigheten av analysen og være en hjelp til å se endring og utvikling, illustrerer kategoriene eller aspektene knyttet til de ulike komponentene av modellen også kompleksiteten i ferdighetsutøvelsen.

Som beskrivelsen over viser, ble observasjonsmaterialet gjennomgått flere ganger, der de første gjennomgangene til en viss grad ble styrende for det videre analysearbeidet, ved at det framkom aspekter som ble vurdert interessante i forhold til studiens intensjon. Den planen som var satt opp for analysearbeidet på forhånd, ble bare delvis fulgt. Analysearbeidet ble en pendling og dialog mellom for forståelse, studentenes handlinger,

modellens komponenter og handlingsaspekter og begreper knyttet til disse. I dette arbeidet ble det naturlig å bruke ulike kvalitative analysemetoder, slik at analysen som helhet ikke er utført etter en bestemt metode, men det Kvale (1997, s.135) betegner som en "ad hoc meningsgenerering". I følge denne benytter man ikke en bestemt metode for å analysere materialet. I stedet skjer det et fritt samspill mellom ulike teknikker, slik det framgår av beskrivelsen av analysen. Teknikkene i dette arbeidet har blant annet omfattet koding, kategorisering, kvantifisering og forsøk på å se begrepsmessige sammenhenger. Resultatene presenteres som kvalitative beskrivelser som ikke pretenderer å være nøyaktige framstillinger av virkeligheten, men snarere peker på noen karakteristika og må forstås ut fra de begrensninger som er knyttet til valg av metode, setting og handling.

### **3.7.3 Bearbeiding av intervjuene**

Valget av Bjørks (1999) modell som utgangspunkt for studien og for analyseprosessen, gjorde at beskrivelsen av resultatene fra observasjonsmaterialet ble relativt omfattende. Ut fra datamaterialets omfang ble det dermed vurdert å ikke foreta en systematisk kvalitativ analyse av intervjuene. Intervjumaterialet var imidlertid et viktig supplement og ble benyttet til å belyse eller utfylle de aspekter eller mønstre som framkom gjennom analysen av observasjonene. Det transkriberte intervjumaterialet ble således gjennomlest og gjennomgått flere ganger i forhold til aspekter som ble ansett som interessante i lys av de resultater og spørsmål som framkom under analysen av observasjonsmaterialet. Disse aspektene blir ikke presentert sammen med resultatene fra analysen av observasjonsnotatene, men trekkes inn som eksempler for å belyse de øvrige resultatene når disse drøftes. I tråd med dette er det blant annet tatt med noen sitater i drøftingsdelen, selv om dette vanligvis er noe som presenteres sammen med øvrige funn i en resultatdel. Selv om intervjumaterialet ikke var gjenstand for systematisk analyse, ble det vektlagt at de aspekter og sitater som ble valgt ut for å belyse resultatene fra observasjonene, skulle være konsistent med det øvrige intervjumaterialet og ikke tas ut av sin sammenheng.

Bearbeidingen av intervjumaterialet på denne måten kan vurderes som en svakhet ved studien. En systematisk kvalitativ analyse av intervjuene ville muligens belyst studiens problemstilling fra flere synsvinkler og tilført både resultatene og drøftingen av disse andre aspekter. Ved siden av å belyse observasjonene var hensikten med intervjuene i utgangspunktet også å få fram aspekter ved studentens læring og utvikling man ikke fikk

øye på gjennom å observere handlingene. I løpet av analysen ble imidlertid Bjørks modell som analyseredskap også en sentral del av resultater og drøfting, noe som bidro til den vurderingen og det valget som ble gjort når det gjaldt bearbeiding og presentasjon av intervjuene.

### **3.8 Validitet og refleksivitet**

Det har vært – og er fortsatt – ulike meninger om hvordan man skal bedømme kvalitative studier. Rolfe (2006) beskriver at litteraturen innenfor kvalitativ forskning hovedsakelig gjenspeiler tre retninger. Innenfor den ene retningen ønsker man at kvalitativ forskning skal bedømmes ut fra de kriterier som finnes innenfor kvantitativ forskning, mens man innenfor den andre retningen mener man må ha et sett av kriterier som er spesielt tilpasset kvalitativ forskning. Innenfor den tredje retningen finner man dem som stiller spørsmål ved om det er mulig – og hensiktsmessig med noen forhåndsbestemte kriterier for å bedømme en kvalitativ studie. Rolfe argumenterer for den siste posisjonen ut fra at det ikke eksisterer ett, men mange ulike kvalitative forskningsparadigmer, der hver av dem fordrer ulike tilnærminger når de gjelder å vurdere validitet. Hver enkelt studie bør derfor vurderes ut fra at den er individuell og unik. I herværende studie er det valgt å gå ut fra denne posisjonen fordi det i forhold til tilnæringsmåte og analysemetode ikke har vært naturlig å sette opp forhåndsbestemte kriterier, det være seg kvantitative eller spesielle kvalitative sådanne for å bedømme studiens gyldighet. Nedenfor presenteres således kriterier som vurderes som relevante i forhold til denne studien.

Både Kvale (1997) og Malterud (2003) bruker betegnelsen validitet i forbindelse med gyldigheten av den kunnskap en studie har frembrakt. Validitet i denne sammenhengen betyr ikke at man mener å ha kommet fram til en objektiv sannhet. Når kvalitative metoder benyttes, bygger man samtidig på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at virkeligheten kan framstå på ulike måter, og at forskerens oppgave ikke er å bevise om de funn som er framkommet, er sanne, men å ”gi en begrunnet overveielse av hvorfor noen resultater har større gyldighet enn andre i forhold til den problemstillingen som i utgangspunktet skulle belyses” (Malterud 2003, s.186). En av måtene dette kan gjøres på, er å dokumentere eller redegjøre så nøyaktig som mulig for den veien man har fulgt gjennom forskningsprosess og analyse. Hensikten med dette er å gi leseren av studien innsikt i og forståelse for både

prosessen og de resultater den har avstedkommet. Kvale (1997) kaller dette kommunikativ validitet. Beskrivelsen i denne metodedelen har hatt som hensikt både å beskrive forsknings- og analyseprosessen i studien så detaljert som mulig og få fram spørsmål og vurderinger knyttet til de valg av framgangsmåte som er gjort underveis. Viktigheten av dette framheves også av Rolfe (2006) som betoner betydningen av refleksivitet ved at forskeren må etterlate en sti, det vil si å dokumentere nøyaktig den veien man har gått.

Kvale bruker også begrepet pragmatisk validitet som gjenspeiler hvorvidt den kunnskapen en studie frambringer, er anvendelig. Dersom kunnskapen ikke kan brukes til noe, mener Malterud (2003) at dens gyldighet begrenser seg til et rom i utkanten av virkeligheten. Når resultatene i denne studien diskuteres, legges det vekt på resultatenes relevans for sykepleiestudenters læring i praksis, og Bjørks modell (1999) drøftes som et mulig vurderings-, lærings- eller refleksjonsredskap i praktiske studier. I drøftingen av resultatene vil det dessuten inngå en naturlig metodediskusjon der mulige begrensninger i tilnærming og metode vurderes i lys av hva resultatene betyr (Malterud 2003).

### **3.9 Etiske overveielser**

I Ot.prp.nr 58 (2005-2006) beskrives forskningsetikkens formål som det å bevisstgjøre både forskere og samfunnet generelt om etiske problemstillinger knyttet til forskningsprosessen eller dens resultater. Vitenskapelig redelighet står sentralt i forskningsetikken som skal bidra til at forskningen foregår i samsvar med samfunnets forventninger og krav (NESH 2006). Kvalitativ forskning foregår ofte i nær relasjon til andre mennesker, noe som gir spesielle etiske utfordringer (Malterud 2003). Å være gjenstand for andre menneskers observasjon og tolkning kan oppleves som en belastning, og når forskningen skjer som feltarbeid på en institusjon med gamle, syke mennesker, vil aktsomhet være særlig påkrevet, selv om det i dette tilfellet var sykepleiestudentenes handlinger som var fokus for studien. Nedenfor beskrives hvordan aktuelle forskningsetiske prinsipper er søkt ivaretatt i herværende studie.

### **3.9.1 Skriftlig informert og fritt samtykke**

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra samtlige studenter som deltok i studien (vedlegg 5). Det ble gitt både muntlig og skriftlig informasjon til studentene om hva deltakelse i prosjektet ville innebære, samt at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne avbryte sin deltakelse. Det ble innhentet muntlig samtykke fra pasientene fra avdelingssykepleier eller annen ansvarlig sykepleier (vedlegg 3). I den forbindelse hadde jeg et møte med aktuelle sykepleiere på hver avdeling, der jeg informerte om prosjektet og hva det var viktig å ta hensyn til når pasienter ble spurt om å delta. Blant annet ble det understreket at pasientene måtte være i stand til å forstå hvem jeg var og hvorfor jeg var til stede som observatør i morgenstellsituasjonen. De måtte også bli informert om og forstå at de når som helst kunne reservere seg fra videre deltakelse.

### **3.9.2 Konfidensialitet**

Kravet om konfidensialitet fordrer at forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade deltakerne i en studie. Meldeskjema ble sendt til Norsk Datafaglig Sekretariat, og melding ble sendt videre derfra til Datatilsynet (vedlegg 8, 9, 10). Det stilles strenge krav til anonymisering av datamaterialet og oppbevaring av navn og annet som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner (NESH 2006). I undertegnede studie deltok bare fem studenter, noe som gjorde det viktig å sikre størst mulig grad av anonymitet både i utvelgelsesprosessen, gjennom selve gjennomføringen og i behandlingen av datamaterialet. Aspekter knyttet til utvelgelse og gjennomføring er beskrevet tidligere i metodekapitlet. Skriftlige samtykkeerklæringer og annet personidentifiserbart materiale, slik som minidisker fra intervjuer ble oppbevart nedlåst til selve prosjektperioden var over. Deretter ble datamaterialet anonymisert og identifiserbart materiale makulert eller slettet, i samsvar med tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Datatilsynet (vedlegg 9, 10). I presentasjon av data er det tilstrebt å gjengi resultater og sitater på en måte som ivaretar deltakernes anonymitet.

### **3.9.3 Sensitivitet i observasjons- og intervjusituasjonen.**

I en av retningslinjene fra NESH (2006) understrekes det ansvaret forskeren har for å unngå at de som deltar i et prosjekt utsettes for unødig belastning. Selv om formelle retningslinjer blir fulgt, er det også vesentlig å være sensitiv og opptre med skjønn i

forhold til impliserte parter. For denne studiens vedkommende var det viktig å være oppmerksom i forhold til tredjepart i studien; - pasienten som var en del av observasjonssituasjonen. Disse pasientene er ofte svært forekommende og sier ikke alltid nei når de blir spurt om noe av en sykepleier eller andre. På godt og vondt opplever de også ofte at både studenter, andre sykepleiere, hjelpepleiere eller pleieassistenter tar del i eller observerer i morgenstellsituasjonen i opplæringsøyemed. I observasjonssituasjonen var det derfor viktig å være sensitiv for reaksjoner fra pasienten som kunne tyde på at min tilstedeværelse var en belastning. Studentene var i sin første kliniske praksis i sykepleierutdanningen og som sådan var det også viktig å være i dialog med dem og bidra til at studien medførte så liten belastning som mulig for dem i deres studiesituasjon.

## **4.0 RESULTATER**

Analysen av observasjonsmaterialet førte fram til relativt detaljerte beskrivelser for hver student. Her presenteres det som vurderes å være tilstrekkelig for å få fram en karakteristikk av hver enkelt students ferdighetsutførelse i begge observasjoner. Resultatene som er framkommet, sier noe om forandring, utvikling eller mangel på sådan for hver enkelt student fra første til andre observasjon – relatert til komponentene i Bjørks modell for praktisk ferdighetsutøvelse (Bjørk 1999). Som beskrevet i teorikapittelet, er modellen formet som en sirkel for å symbolisere enhet, helhet og integrasjon, og de stiplede linjene mellom modellens komponenter betyr at de er forbundet med hverandre. I tråd med modellens intensjon vurderes det derfor mest troverdig å presentere sammenfattende beskrivelser av hver enkelt student. Eksempler tas med for å illustrere positive og negative handlingselementer knyttet til de enkelte delene av modellen. På grunn av morgenstellprosedyrens kontekstuelle karakter, vil ikke eksemplene i seg selv kunne illustrere utvikling eller manglende sådan. De er ment å belyse beskrivelsene og hvordan modellens komponenter er forstått i analysen. Noen av eksemplene kan være relatert til flere komponenter av modellen, og man vil derfor se at noen av dem gjentas. Det kontekstuelle aspektet gjør også at beskrivelsene ikke følger en bestemt mal, men varierer noe for hver enkelt student og situasjon.

Etter beskrivelsene presenteres en oversikt over studentenes utførelse i tabellform, der mer overordnede kategorier benyttes for å gi en presentasjon av samtlige studenter når det gjelder kontekst, utførelse og utvikling. I neste avsnitt presenteres mangler som ble registrert i andre observasjon og som kan tyde på manglende læring. Under analysearbeidet framkom aspekter og begreper som var relatert til de ulike komponentene i modellen. Til slutt i resultatdelen presenteres disse fordi de illustrerer kompleksiteten i handlingene og innholdet i modellens komponenter relatert til morgenstell.

### **4.1 Beskrivelse av hver enkelt student**

I det følgende beskrives resultatene fra student A, B, C, D og F. Student A og B hadde ingen pleieerfaring før denne praksisperioden; student C, D og F hadde erfaring som

pleieassistenter. Eksemplene fra observasjonsmaterialet er uthevet med kursiv. Før beskrivelsen av studentenes handlinger, blir pasientene og deres hjelpebehov kort skissert.

#### 4.1.1 Student A

Studenten hjalp to ulike pasienter ved de to observasjonene. Begge pasienter ble imidlertid hjulpet med morgenstell på omtrent samme måte. Kroppsvask og det meste av påkledningen ble foretatt i sengen før de ble hjulpet over i rullestol som ble trillet til vasken, der pasientene fikk hjelp til å ordne håret og pusse tenner. Begge pasientene måtte ha hjelp til det aller meste, både når det gjaldt kroppsvask, påkledning og forflytning, og de hadde begge, av ulike grunner, utfordringer knyttet til kommunikasjon.

Substans og sekvens. I forhold til denne komponenten hadde studenten vesentlige mangler både i første og andre morgenstell. Det er registrert likt antall manglende trinn i begge observasjoner. Noen mangler går igjen i begge observasjoner, og noen er ulike. I begge morgenstell manglet hun to vesentlige trinn. Hun *skiftet ikke vann før hun vasket pasienten nedentil*, og hun *observerte ikke eller gjorde noe med pasientens føtter* på tross av at pasienten ved andre observasjon klart sa i fra to ganger at hun hadde vondt i den ene foten. Av ulike trinn som manglet i de to observasjonene kan nevnes at hun i første observasjon *ikke tildekket pasienten under kroppsvasken* og at hun i andre observasjon *ikke sjekket om truse, bleie og strømpebukse var på plass (det var de ikke)* ved påkledning.

Det ble registrert flere tilfeller av ulogisk sekvens ved begge observasjoner. Ved andre observasjon var sekvensen ulogisk flere ganger enn ved første observasjon. Begge ganger *redde hun sengen før hun tømte og ryddet bort vaskefat med skittent vann som stod på nattbordet*. Ved andre observasjon *vasket hun også nattbordet før hun fjernet vaskefatet*. For øvrig er det registrert ulike tilfeller av ulogisk sekvens i de to observasjonene. Som eksempel kan nevnes at hun i det første morgenstellet *tok bluse på pasientens friske arm først* ved påkledning og at hun ved andre observasjon *tok på trøye for sent, slik at pasienten ble liggende bar lenge*. Selv om dette var to ulike pasienter, indikerer materialet en negativ utvikling ved at det er registrert mange manglende trinn ved begge observasjoner og ulogisk sekvens vesentlig flere ganger i andre enn i første morgenstell.



Nøyaktighet. Ved begge observasjoner er det registrert like mye nøyaktighet og unøyaktighet. I begge observasjoner viste studenten nøyaktighet ved at hun for eksempel hadde med plastposer til søppel og skittent tøy og ved at hun sørget for at pasienten var velstelt på håret. I første observasjon kan nevnes at hun vasket pasientens armer på en korrekt måte og så at pasientens tøy var skittent og sendte det på vask. Eksempler i andre observasjon er at hun vasket ryggen på riktig måte og dekket pasienten med dyne mens hun fant fram tøy. Materialet viser imidlertid at hun ved begge morgenstell utførte mange handlingselementer unøyaktig, og flere av dem gikk igjen ved begge observasjoner. Eksempler på unøyaktigheter hun hadde i både første og andre observasjon var at pasienten ikke fikk vasket hendene sine godt, at hun ikke skiftet vann før hun vasket pasienten nedentil og at hun ikke fikk observert eller vasket pasienten godt nok bak på setet. Studenten hadde vesentlige mangler både ved første og andre observasjon, og materialet indikerer ingen utvikling i den ene eller andre retningen.

Flyt. Flere aspekter av handlingen viste manglende flyt enn flyt i begge morgenstell. Studenten hadde ved begge observasjoner flyt i forhold til aspekter som hadde med forberedelse til stellet å gjøre. Eksempler på dette er at hun fant fram egnet utstyr og gjorde klar vaskefat med tilbehør. Dessuten hadde hun begge ganger flyt i prosedyresekvenser som hårstell og tannpuss. Eksempel på handlingsaspekt som ga flyt i første morgenstell er at hun hadde pasientens rullestol klar ved sengen før forflytning. I andre morgenstell viste hun flyt i en forflytningsssekvens når hun snudde beboer greit over på siden. Hun manglet imidlertid flyt i forhold til de fleste andre aspekter av morgenstellet. Manglende flyt viste seg blant annet når hun skulle vaske pasienten bak på setet, det viste seg ved at hun ikke klarte å ta på pasientens bluse uten hjelp og at hun ikke klarte å forflytte pasienten slik at hun satt støtt på sengekanten. Ved andre observasjon måtte hun flere ganger avbryte handlingen for å finne fram tøy og tøfler til pasienten, samt stikklaken og engangskladd til sengen. Flere aspekter som viste manglende flyt i andre enn i første stell indikerer negativ utvikling i forhold til denne delen av utførelsen.

Integrasjon. I forhold til integrasjon viste studenten flere negative enn positive aspekter i begge morgenstell. Positive aspekter som går igjen begge ganger har med samsvar mellom verbal interaksjon og handling å gjøre. Hun informerer hele tiden pasienten om det hun gjør. Hun instruerer og spør pasienten til riktig tidspunkt om hun vil

*gjøre ting selv.* Andre gangen viste hun et mer integrert handlingsmønster ved én forflytnings- og én påkledningssekvens. Samtidig viste hun langt flere negative aspekter i forhold til integrasjon andre gang. Av eksempler kan nevnes at hun *i stedet for å kneppe knappene i blusen mens pasienten lå i senga, ventet til hun satt ustøtt på sengekanten, slik at hun måtte støtte og knappe samtidig, noe som ikke gikk så bra,* og at hun *trakk pasientens skjørt opp og var i ferd med å få blusen ned i skjørtet uten å sjekke hvordan truse, bleie og strømpebukse var på plass.* Studenten hadde gjennomgående et mindre integrert handlingsmønster ved andre enn ved første observasjon, på tross av at hun var bedre kjent med pasienten siste gang. Datamaterialet indikerer her en negativ utvikling.

Omsorg. Studenten viste ved begge observasjoner positive elementer knyttet til omsorg. Men begge ganger viste hun også like mange negative aspekter. I begge morgenstell hadde studenten en *forsiktig, respektfull tilnærming til pasienten. Hun forberedte pasientene på morgenstellet ved å gå inn til dem på forhånd, og hun informerte hele tiden pasienten om det hun gjorde.* Imidlertid fikk hun ikke i noen av morgenstellene god kontakt med pasientene. Hun *spurte, informerte etc., men gjorde ikke ytterligere anstrengelser for å få svar eller respons fra pasienten.* Begge gangene ble også pasientens integritet krenket ved at hun *ikke tildekket pasienten under kroppsvask og forflytning.* Forøvrig er det ulike positive og negative aspekter ved hver observasjon. Betenkelig i andre morgenstell er at *pasienten to ganger ga uttrykk for at hun hadde vondt når studenten tok på strømpebukse. Studenten verken observerte eller gjorde noe aktivt for å følge dette opp.* Manglende rutine, håndlag, oversikt og evne til å etablere kontakt med og forstå pasientens behov og reaksjoner og handle deretter, preget studentens handlingsmønster. Materialet indikerer ingen utvikling i den ene eller andre retningen i forhold til dette aspektet.

#### **4.1.2 Student B**

Studenten stelte to ulike pasienter, hvor morgenstellet var mer komplekst ved andre enn første observasjon. Den første pasienten kunne gjøre noe selv og hadde ingen problemer knyttet til kommunikasjon. Hun ble hjulpet over i en toalettstol fra senga. Toalettstolen ble så kjørt bort til vasken. Etter en stund ble hun hjulpet over i en annen stol, og fikk hjelp til å vaske seg, pusse tenner og stelle håret. Den andre pasienten fikk hjelp til hele morgenstellet i senga. Hun hadde hatt slag, og var affisert på høyre side. Hun kunne ikke

si så mye og kunne ikke gjøre noe selv. Hun fikk på alle klærne i senga, og ble deretter hjulpet over i rullestol ved hjelp av en pasientheis. Deretter kjørte studenten henne bort til vasken, stelte håret og pusset tennene hennes.

Substans og sekvens. Når det gjelder substans og sekvens viste observasjonsnotatene mange og til dels detaljerte trinn i begge stell. Gjennomgående viste også studenten logisk og naturlig sekvens i begge morgenstell. Studenten manglet noen få trinn ved begge observasjoner. Eksempler fra første morgenstell er at hun *ikke skylte kluten, ikke tørket og ikke smurte når hun vasket pasienten nedentil*. I andre stell kan nevnes at hun *ikke tørket pasienten nedentil framme*, men ivaretok huden bak på setet til pasienten bedre enn første gang. Manglende trinn ved begge observasjoner er at hun *ikke tørket av nattbordet etter morgenstellet*. Sekvensen var ulogisk noen få ganger i begge morgenstell. For eksempel måtte hun ved første observasjon *forlate toalettet for å hente hansker i stedet for å ta dem med inn på forhånd*, og ved andre observasjon *satt hun på plass tannprotese før pasienten fikk skylt munnen*. Det er lite som skiller på substans og sekvens i de to observasjonene, og det at siste morgenstell inneholdt langt flere trinn, gjør at positiv utvikling indikeres ved at studenten andre gang utførte et mer komplisert morgenstell uten vesentlig flere mangler enn første gang.

Nøyaktighet. Ved begge observasjoner ble det registrert en del unøyaktigheter, men studenten er nøyaktig i forhold til flere aspekter enn dem hun er unøyaktig i forhold til. Studenten viser unøyaktighet flere ganger i 2. enn 1. observasjon, men i 2. observasjon er det også langt flere trinn å være unøyaktig i forhold til. Ved begge observasjoner *hadde hun riktig grep på vaskekluten og var nøye med pasientenes hårstell*. Unøyaktigheter som går igjen ved begge observasjoner er at senga *ikke så helt ordentlig ut noen av gangene* og at hun *ikke tørket av nattbordene etter morgenstellet*. Eksempler på nøyaktighet ved første observasjon er at studenten *hjalp pasienten over i annen stol fra toalettstolen når hun skulle vaske seg*, og at hun *så etter at bleien lå godt til rette når hun trakk opp truse og strømpebukse*. Andre gang var hun for eksempel nøye med å *observere og smøre pasientens føtter*, og hun *hevet sengehesten når hun skulle ut for å hente pasientheisen*. Av unøyaktigheter ved første observasjon kan nevnes at studenten *ikke vasket hendene mellom vask nedentil og tannpuss* at hun *la pasientens skitne joggebukse på kommoden*. Andre gang viste hun unøyaktighet ved å *kaste en pute fra senga tvers over rommet bort på en*

*sofa og ikke skifte vann før hun vasket pasienten nedentil.* De fleste eksemplene på nøyaktighet og unøyaktighet i materialet er ulike og ikke egnet til å illustrere endring eller utvikling. De to morgenstellene var meget ulike i kompleksitet, og materialet gir her ikke grunnlag for å si noe om utvikling i den ene eller andre retningen.

Flyt. Studenten viste ved begge observasjoner mer flyt enn mangel på flyt. De to morgenstellene var ulike, og hun fikk derfor vist at hun hadde flyt i et bredt register av handlingssekvenser. Aspekter som viste manglende flyt var ikke essensielle i forhold til helhetsinntrykket. Studenten hadde stort sett god rutine, godt håndlag og god flyt i de fleste handlingssekvenser begge ganger. Av handlingsaspekter som ga flyt eller viste flyt i første morgenstell, kan nevnes at hun *sørget for at klær var tilgjengelige før hun hjalp pasienten med påklledning* og at *det gikk greit å hjelpe pasienten på med trøye, selv om hun var stiv*. Eksempler i andre observasjon er at hun *fikk pasienten godt over på siden ved å løsne stikklaken, ta bort en pute og trekke i stikklakenet* og at hun *viste god flyt i påklledning av bluse*. Eksempler på handlingsaspekter som ga eller viste manglende flyt i første morgenstell er at hun *måtte skifte pasientens genser fordi den ble våt under vask nedentil* og at hun *ikke fikk skjørtet over hodet på pasienten og måtte ta det av igjen*. I andre morgenstell kan nevnes at hun *strevde med å få bort bleien under pasienten fordi hun samtidig holdt vaskekluten i hånda* og at hun *ikke klarte å feste laken med gode hjørner*. Fordi prosedyresekvenser som forflytning, påklledning og vask er mer komplekse i andre morgenstell, og studenten således viser like god flyt som første gang i forhold til større kompleksitet, indikerer dette positiv utvikling.

Integrasjon. Analysen indikerer at studentens handlingsmønster var preget av integrasjon både ved første og andre observasjon. Observasjonsnotatene ga ingen klare negative eksempler når det gjaldt integrasjon. Likt i begge morgenstell er at hun *hele tiden snakket, informerte og instruerte pasienten på riktig tidspunkt*. For øvrig kan følgende eksempel illustrere integrasjon hos denne studenten: *Pasienten satt litt skjevt og ikke helt bak i rullestolen. Studenten observerte dette og ordnet først med selene på pasientheisen, tok på sko og fotstøtter og spurte pasienten om hun ville sitte rettere før hun ble hjulpet bedre til rette i stolen*. Materialet indikerer at denne studenten har oversikt over det hun gjør, at hun kombinerer handlingsaspekter på en logisk måte og at hun er oppmerksom på hvordan handlingen virker på pasienten. Positiv utvikling indikeres i forhold til at

studenten siste gang hadde et like integrert handlingsmønster som første gang, men i forhold til en mer kompleks morgenstellsituasjon.

Omsorg. Studenten viste mange ulike positive aspekter knyttet til *omsorg* under begge morgenstell. Studenten hadde bare ett aspekt hver gang som kan sies å være negativt. Ellers viste studenten mange ulike positive aspekter relatert til omsorg. Det gikk igjen ved begge observasjoner at hun *hele tiden hadde god dialog med pasienten og informerte om det hun gjorde. Hun spurte også hele tiden under handlingen om ting var greit og om det gikk bra.* Et positivt eksempel knyttet til omsorg i første morgenstell er at studenten når hun hjalp pasienten med å stelle håret *gjorde slik pasienten signaliserte at hun vil ha det til pasienten var fornøyd.* Positive eksempler i andre observasjon er at hun under kroppsvask og påkledning *hele tiden informerte om det hun gjorde, spurte pasienten om det gikk bra, om kluten var passelig varm og om hun hadde vondt i armen.* Også under forflytning fra seng til rullestol med pasientheis *informerte hun i forkant og gjennom hele prosedyren og sørget for at pasienten følte seg trygg og komfortabel.* Pasientene var svært ulike, og studenten viste at hun kunne ivareta dem begge på en omsorgsfull måte. De to aspektene som ble kodet som negative i forhold til omsorg anses ikke essensielle for denne beskrivelsen. Begge pasientene så ut til å ha det bra under morgenstellet, de smilte mye og virket fornøyd. Det er ikke noe i materialet som indikerer noen utvikling i den ene eller andre retningen.

#### 4.1.3 Student C

Studenten stelte to ulike pasienter ved de to observasjonene. De to pasientene var meget ulike, både når det gjaldt fysiske ressurser og måten de kommuniserte på. Den første pasienten trengte hjelp til det meste i stellet og hadde vanskelig for å stå på beina. Hun hadde også vansker med å uttrykke seg. Denne pasienten ble hjulpet ut av senga og over på en toalettstol. Denne ble kjørt bort til vasken, der hun fikk hjelp til å vaske seg. Etter hvert ble hun hjulpet over i en annen stol før hun fortsatte morgenstellet. Etter morgenstellet ble hun kjørt ut i dagligstuen for å spise frokost. Den andre pasienten hadde KOLS, hadde tidligere amputert det høyre beinet nedenfor kneet og hadde nedsatt kraft i venstre side som følge av slag. Hun var meget verbal og var åpen og lett å få kontakt med. Hun hadde vært ganske dårlig og vært sengeliggende en periode på grunn av lungebetennelse, men var nå mye bedre. Hun kunne gjøre en del selv i stellet, og hun sto støtt på beina og gikk med

prekestol (under tilsyn) når hun hadde fått på protesen på høyre bein. Pasienten fikk vasket og kledd seg på overkroppen mens hun satt på sengekanten. Deretter fikk hun på støttestrømper og protese og benklær, før hun reiste seg opp og støttet seg til en rullator. Studenten hjalp henne så med vask nedentil. Til slutt ble pasienten fulgt ut på dagligstua for å spise frokost.

Substans og sekvens. Studenten manglet flere trinn og hadde ulogisk sekvens flere ganger ved første enn andre observasjon. Et eksempel på manglende trinn i første morgenstell var at hun *ikke forberedte pasienten*. Av manglende trinn i andre morgenstell kan nevnes at *hun ikke skiftet vann før vask nedentil*. Ett trinn som manglet begge ganger var at hun *ikke tørket av nattbordet etter morgenstellet*. Ulogisk sekvens i første morgenstell kan illustreres ved at studenten *tok på pasienten strømpbukse og skjørt før hun fikk stelt seg*. I andre morgenstell ble det registrert ulogisk sekvens bare en gang, og det var at *studenten hadde på seg skitne engangshansker ut av rommet og ikke tok dem av før hun hadde ryddet bort brukt / skittent utstyr på skyllerommet*. Pasientene var meget ulike med ulike pleiebehov, men når man tar kompleksiteten i begge morgenstellene i betraktning, indikerer materialet likevel her en positiv utvikling, særlig i forhold til sekvens.

Nøyaktighet. Studenten viste i første morgenstell unøyaktighet i forhold til klart flere aspekter enn hun viste nøyaktighet. Under det andre stellet viste hun nøyaktighet i forhold til flere aspekter, men viste også like mye unøyaktighet som første gang, selv om de fleste aspektene hun var unøyaktig i forhold til, varierte fra første til andre gang. Likt i forhold til nøyaktighet i begge morgenstell var at studenten *ryddet bort skittent tøy / brukt utstyr på riktig måte*. Når det gjelder første morgenstell ble det registrert bare ett eksempel på nøyaktighet ut over dette, og det var at *studenten så at pasienten satt skjevt og hjalp henne bedre til rette på stolen*. Som eksempel på nøyaktighet i andre morgenstell kan nevnes at hun *vasket pasienten nedentil framme og bak grundig og på korrekt måte og smurte bak på setet*. Likt i forhold til unøyaktighet i de to morgenstellene var at *studenten plasserte vaskefat med skittent utstyr på nattbordet og ikke vasket dette, og at ikke lakenet på senga ble strukket godt nok*. Et eksempel på unøyaktighet i første morgenstell er at *pasienten ikke ble vasket godt nok nedentil, verken framme eller bak*. Av unøyaktighet i andre morgenstell kan nevnes at hun *ikke tok av hanskene som ble brukt til å håndtere*

*skittent tøy og utstyr når hun la på rent tøy på senga og ordnet den.* Materialet indikerer en positiv utvikling i forhold til nøyaktig utførelse av noen prosedyresekvenser. Forøvrig indikerer antall unøyaktigheter i materialet og kvaliteten på disse at der ikke har vært noen utvikling i den ene eller andre retningen når det gjelder nøyaktighet.

Flyt. Ved første observasjon viste studenten like mye flyt som manglende flyt i handlingssekvensene. Som eksempel på flyt første gang kan nevnes at studenten *raskt og med letthet ryddet skittent og brukt utstyr ut av rommet, plasserte alt der det skulle være, vasket toalettstolen og vasket hender.* Et eksempel på manglende flyt ved første observasjon var at hun *ikke klarte å hjelpe pasienten opp i stående stilling når hun skulle hjelpe henne med intimvask.* I det andre morgenstellet er det registrert flyt i alle deler av handlingen. For eksempel *tok studenten på pasienten støtte- og beskyttelsesstrømpe, samt lårprotese, korrekt og uten vanskeligheter.* Selv om pasientene var ulike, viste studenten at hun hadde opparbeidet håndlag og rutine som ga god flyt i arbeidet. I og med at det ikke var registrert klare mangler knyttet til flyt ved andre observasjon, indikerer materialet her en positiv utvikling.

Integrasjon. Integrasjon var til stede i forhold til flere aspekter ved andre enn ved første observasjon. I første morgenstell viste hun integrasjon ved at hun *hele tiden informerte pasienten om det hun gjorde.* Manglende integrasjon ved første observasjon viste seg ved at hun for eksempel *ikke tok seg tid til å se om pasienten forstod det hun sa, hvordan hun reagerte og hvordan hun kanskje egentlig ville ha ting.* I andre morgenstell viste studenten integrasjon ved å *være oppmerksom på mange ting og hadde oversikt over mange aspekter med betydning for pasienten, både i tilknytning til morgenstellet og annet.* Ved andre observasjon viste studenten manglende integrasjon bare i forhold til ett aspekt som handlet om manglende hensyntaken til andre pasienter og hygieniske og estetiske prinsipper ved at hun *ga pasienten inhalasjonsmedisin og lot henne skylle munnen ved frokostbordet der det satt andre pasienter.* Materialet indikerer en positiv utvikling når det gjelder integrasjon av ulike handlingsaspekter i morgenstellet ved at studenten andre gang viste en mer helhetlig oversikt over pasientens situasjon og hadde utviklet håndlag og hensiktsmessige rutiner som gjorde at hun hadde oversikt til å tenke på mer en bare den handlingen hun holdt på med i øyeblikket.

Omsorg. I det første morgenstellet ble det registrert flere negative enn positive aspekter relatert til omsorg, mens det ved andre observasjon ble observert langt flere positive enn negative handlingsaspekter. Ett positivt aspekt som gikk igjen ved begge observasjoner, var at studenten *var høflig og hyggelig gjennom hele stellet og spurte og snakket med pasienten om andre ting som angikk henne*. Som eksempel på omsorg i første morgenstell kan nevnes at studenten *etterkom pasientens ønsker ved å bytte stol når pasienten ønsket det og forandre planlagt sekvens og vaske pasientens rygg først når hun ba om det*. Pasienten studenten stelte første gangen, virket imidlertid lite tilfreds under hele handlingen, og det syntes ikke som om morgenstellet var noen god situasjon for henne. Av negative aspekter knyttet til omsorg kan nevnes at *pasienten var stiv og engstelig når studenten hjalp henne over på toalettstolen, der hun først ble sittende langt ute på kanten og var bar nedentil*. Et annet eksempel er at *studenten ikke spurte om pasienten ville ha på jakke når den lå klar inne på rommet og det var januar og kaldt*. I det andre morgenstellet hadde studenten meget god kontakt med pasienten, som virket fornøyd gjennom hele handlingen. Eksempler på positive aspekter her er at studenten *hadde snakket med pasienten på forhånd, slik at hun var godt forberedt til morgenstellet*, samt at studenten *stadig oppmuntret pasienten ved konkrete positive utsagn som tydelig betydde mye for henne*. Av negative aspekter kan nevnes at studenten *glemte å skjerme pasienten ved å trekke for vinduet når hun sto bar rett foran det*. Selv om det også i andre morgenstell var noen mangler, var det langt færre enn ved første observasjon, så materialet indikerer positiv utvikling når det gjelder omsorg.

#### **4.1.4 Student D**

Denne studenten stelte samme pasient begge ganger.

Pasienten hadde amputert det ene benet over kneet. Hun hadde ikke protese. Hun kunne stå litt på det andre benet, men ustøtt og ikke lenge om gangen. Om morgenen ble hun først hjulpet fra sengen over på en toalettstol. Hun ble så kjørt ut til vasken i en liten gang, der hun vasket seg oventil og fikk på noen klær. Etter det ble bekkenet tatt bort og hun ble vasket nedentil mens hun satt på toalettstolen. Deretter fikk hun på støttestrømpe, sokker og benklær. Hun reiste seg så opp med hjelp og holdt seg i vasken mens studenten trakk opp benklær. Så satt hun seg ned i en rullestol og stelte håret sitt før hun ble kjørt ut i dagligstuen til frokost.



Substans og sekvens. Når det gjelder substans og sekvens var det kun ett trinn ved første og to trinn ved andre observasjon som manglet. Det ene trinnet som manglet gikk igjen i begge morgenstell, og dette var at *studenten ikke forberedte pasienten ved å gå inn til henne før hun fant utstyr*. Ved andre observasjon *glemte hun å fjerne et glass hun hadde satt fra seg på rekkverket på gangen*. Med unntak av ett handlingsaspekt som ikke vurderes vesentlig for denne beskrivelsen i andre observasjon, var sekvensen riktig og logisk både i første og andre morgenstell. De to morgenstellene var tilnærmet like i forhold til substans og sekvens, og materialet indikerer ingen utvikling i den ene eller andre retningen.

Nøyaktighet. Studenten viste mer nøyaktighet enn unøyaktighet i begge morgenstell. Hun utførte mange handlingsaspekter nøyaktig begge ganger, og de fleste aspektene gikk igjen ved begge observasjoner. Eksempler på dette er at hun *var nøye med tildekking av pasienten* og at hun *var nøye når hun tok på støttestrømpe og sokk på det ene benet, samtidig som hun sørget for at liten pute var på plass under amputasjonsstumpen og at det var slett under den når pasienten satt i rullestolen*. Ellers var det registrert noen få ulike handlingsaspekter studenten viste nøyaktighet i forhold til i de to morgenstellene. Også når det gjelder unøyaktighet går de fleste eksemplene igjen, og av disse kan nevnes at studenten *vasket pasienten både framme og bak nedentil mens hun satt på toalettstol, noe som gjorde at hun ikke kom godt til*. Ved andre observasjon er det registrert ett tilfelle av unøyaktighet i tillegg, men det er også i andre morgenstell registrert noe mer nøyaktighet enn første gang. Ulikheter i materialet forøvrig gir ikke grunnlag for å si at det har vært noen utvikling i den ene eller andre retningen.

Flyt. Studenten hadde god flyt i mange av handlingsaspektene fra første observasjon. Morgenstellene ble utført omtrent likt, og de fleste handlingsaspektene relatert til flyt hos denne studenten, gikk igjen ved begge observasjoner. Eksempler på dette er at hun hadde god flyt *når hun hjalp pasienten på med bleie, benklær og sko* og at hun *redde sengen raskt og med godt håndlag*. Av eksempler på manglende flyt ved begge observasjoner kan nevnes at *pasientens stilling på toalettstolen gjorde det vanskelig å vaske nedentil framme og bak*. Det var liten forskjell mellom de to stellene når det gjaldt flyt. I andre observasjon så man en viss positiv utvikling i forhold til *påkledning av støttestrømpe og sokk, samt forflytning fra seng til toalettstol*. Studenten handlet generelt med noe mer flyt og sikkerhet andre gang, så materialet indikerer positiv utvikling.

Integrasjon. Studenten viste betydelig grad av integrasjon i både første og andre morgenstell. Ved begge observasjoner ble det registrert bare positive aspekter i forhold til integrasjon. Flere av dem gikk igjen i begge morgenstell, blant annet *informerte hun hele tiden pasienten om det hun gjorde til rett tid*. Ett annet eksempel som viser integrasjon i denne studentens måte å handle på, er som følger: *Når pasienten skulle ha på sokk / strømpe og benklær, gjorde studenten alt ferdig på forhånd. Hun tok på strømpe og sokk, hentet rullestol og gjorde klar bleie. Hun hjalp pasienten opp i stående stilling og fikk alt på plass på en god måte. Så skjøv hun rullestolen bort til pasienten og sa at hun kunne sette seg*. Den informasjonen og hjelpen studenten ga pasienten, var hele tiden i samsvar med pasientens ressurser og den aktuelle handlingen som ble utført. Hun viste også at hun hadde oversikt over andre aspekter som angikk pasienten ut over handlingen der og da. Studenten viste integrasjon i forhold til noen ulike aspekter ved første og andre observasjon, men materialet indikerer ingen utvikling i den ene eller andre retningen.

Omsorg. Det ble registrert langt flere positive enn negative aspekter knyttet til omsorg i begge morgenstell. Mange aspekter gikk igjen ved begge observasjoner. Eksempler på positive aspekter i begge morgenstell er at studenten *kommuniserte og hadde god kontakt med pasienten*, at hun *husket detaljer som gjorde at pasienten følte seg velstelt* og at *pasienten begge ganger tydelig ga uttrykk for at hun var fornøyd*. To negative aspekter i begge morgenstell er at *studenten ikke forberedte pasienten på morgenstellet* og at *pasienten satt på toalettstol mens hun stelte seg*. Dette så imidlertid ikke ut til å affisere pasienten i noen av morgenstellene. For øvrig var studentens handlinger preget av respekt og av at hun gjennomførte morgenstellene slik pasienten ønsket. Studenten viste noen ulike aspekter knyttet til omsorg i hvert stell, men materialet viser stor grad av likhet mellom de to observasjonene, og gir således ingen indikasjon på noen utvikling i den ene eller andre retningen.

#### 4.1.5 Student F

Denne studenten hjalp samme pasient ved begge observasjoner. Pasienten ble først vasket nedentil i sengen. Hun fikk på benklær og ble hjulpet over i rullestol. Pasienten var relativt stor og kunne ikke stå på beina sine. Man måtte derfor være to om å forflytte henne over i rullestolen. Etterpå ble hun kjørt ut på badet for å stelle seg oventil. Hun hadde hatt slag og hadde blant annet smertefulle kontrakturer i venstre arm og hånd som følge av dette. Hun

sa ikke mye under morgenstellene, men klaget en del over at hun hadde vondt og virket uopplagt begge ganger. Studentens kontaktsykepleier fortalte at pasienten pleide å være slik om morgenen.

Substans og sekvens. Studenten hadde noen manglende trinn og uhensiktsmessig / gal sekvens noen få ganger ved begge observasjoner. Et eksempel på manglende trinn som gikk igjen ved begge observasjoner er at studenten *ikke forberedte pasienten før morgenstellet*. Av manglende trinn i første morgenstell kan nevnes at hun *ikke sjekket hvordan det var under pasienten når de satt henne til rette i rullestolen*. Eksempel på manglende trinn ved andre observasjon var at hun *ikke observerte og gjorde noe med pasientens føtter*. Det er ulike tilfelle av ulogisk sekvens i de to morgenstellene. I første morgenstell kan nevnes at hun *måtte gå ut midt i handlingen for å hente bleie*, og i andre morgenstell *vasket hun pasienten under armene før hun vasket hendene hennes*. Det var færre manglende trinn ved andre observasjon, og det ble da registrert ulogisk sekvens bare en gang. Materialet indikerer således en positiv utvikling når det gjelder substans og sekvens.

Nøyaktighet. Studenten viste nøyaktighet i forhold til mange aspekter ved begge observasjoner. Både første og andre gang var hun mer nøyaktig enn unøyaktig. Ved begge observasjoner viste hun nøyaktighet i forhold til *håndvask og tildekking av pasienten* og unøyaktighet ved at hun bare vasket *ansikt, hender og under armene på pasienten*. Et eksempel på nøyaktighet i første morgenstell er at hun *dekket til pasienten, hevet sengehesten og vasket hendene når hun måtte avbryte handlingen for å hente noe*. Når det gjelder unøyaktighet ved første observasjon kan nevnes at studenten *ikke fikk pasienten godt over på siden og dermed ikke fikk observert og vasket ordentlig bak på setet*. I andre morgenstell viste hun bedre nøyaktighet i disse handlingsaspektene, men viste da unøyaktighet i forhold til andre aspekter. For eksempel *observerte hun ikke eller gjorde noe med pasientens føtter*. Andre gang viste hun både mer nøyaktighet og mer unøyaktighet enn første gang. Materialet viser både positiv og negativ utvikling i forhold til ulike aspekter ved handlingen og gir således ikke grunnlag for å si noe om utvikling i den ene eller andre retningen for nøyaktighet generelt.

Flyt. Ved første observasjon hadde studenten manglende flyt i forhold til mange handlingsaspekter og god flyt i forhold til få aspekter. Et eksempel på flyt i første morgenstell var at studenten *hadde god flyt i av- og påkledning av nattskjorte og jakke*. Av manglende flyt i første observasjon kan nevnes at *studenten ikke klarte å forflytte pasienten helt over på siden og at det var for mye sengetøy i senga under handlingen, noe som hindret flyt*. I det andre morgenstellet hadde studenten opparbeidet bedre flyt i forhold til de fleste handlingsaspektene. Blant annet *gjorde hun alt klart før hun begynte å stelle, inkludert å ta bort dyner og puter i senga, og hun hadde innarbeidet god rutine med å snu og vaske beboer nedentil bak*. Hun hadde få og uvesentlige mangler ved andre observasjon, og materialet viser her en klar positiv utvikling.

Integrasjon. Studenten viste integrasjon i forhold til mange handlingsaspekter både ved første og andre observasjon. Eksempler på integrasjon ved begge morgenstell er at studenten *informerte pasienten om det hun gjorde og instruerte til rett tid*, og at hun *tok korrekt hensyn til pasientens syke arm under av- og påkledning*. Som eksempel på integrasjon ved første morgenstell kan nevnes at studenten *observerte hvordan pasientens affiserte hånd var mens hun vasket den*. Mangler ved første observasjon var for eksempel at *studenten ikke fikk pasienten i riktig posisjon slik at hun fikk observert, vasket og smurt godt nok bak på setet*. I andre morgenstell viste studenten integrasjon i forhold til dette handlingsaspektet, slik at det da var *samsvar mellom forflytning og god ivaretagelse av huden bak på setet*. Et eksempel på manglende integrasjon andre gang er at studenten *ikke tok hensyn til det pasienten sa mens hun la på plass bleie, tok på benklær og tøfler. Hun svarte pasienten, men tok ikke hensyn til det pasienten sa i handlingen*. Positiv utvikling når det gjelder integrasjon ses spesielt i forhold til aspekter som forflytning, kroppsvask og påkledning. Negativ utvikling ses i forhold til ett aspekt, nemlig manglende oppmerksomhet overfor pasientens behov og reaksjoner under deler av handlingen. Generelt indikerer materialet likevel positiv utvikling når det gjelder integrasjon.

Omsorg. Studenten viste mange positive aspekter knyttet til omsorg ved både første og andre observasjon. Eksempler på dette er at hun begge ganger *hadde en forsiktig tilnærming til pasienten, hun informerte hele tiden pasienten om det hun gjorde, og hun var konsekvent nøye med å dekke pasienten både oventil og nedentil når hun vasket*. Et negativt aspekt som gikk igjen ved begge morgenstell var at hun *ikke forberedte*

*pasienten på morgenstellet.* Positiv utvikling ved andre observasjon ses i forhold til at studenten *hadde fått bedre håndlag med forflytning, vask og påkledning, noe som gjorde at pasienten hadde mindre ubehag under handlingen.* Negative aspekter i forhold til omsorg i andre morgenstell er knyttet til å ikke ta pasientens ønsker, behov og uttalelser på alvor og handle i forhold til dem. Som eksempel på dette kan nevnes at hun *tok på pasienten tykke ulltøfler, selv om pasienten, som også hadde tykke sokker på, klaget over at det var altfor varmt.* Man ser således både positiv og negativ utvikling fra første til andre observasjon i forhold til ulike handlingsaspekter for denne studenten, og materialet indikerer derfor ingen generell utvikling i den ene eller andre retningen når det gjelder omsorg.

## 4.2 Oppsummering

Beskrivelsene over viser at det skjer en viss endring og utvikling, men at dette ikke viser seg i entydige og karakteriske mønstre. En pendling fram og tilbake mellom helhet og deler i analyseprosessen har gjort at beskrivelsene samsvarer med observasjonsnotatene, selv om en del nyanser blir borte når virkeligheten skal framstilles med få ord. Beskrivelsen av hver enkelt student anses å ha betydning både for å få fram individuelle ulikheter og for å vise en mulig måte å bruke Bjørks modell som et evaluerings- og læringsredskap i praksis på. Dette vil bli nærmere drøftet senere i oppgaven.

Nedenfor presenteres en tabell der vide kategorier for kontekst og utførelse er brukt for å gi en samlet og mer overordnet framstilling av studentenes utførelse. Det understrekes at begreper og tall som er brukt i tabellen må ses i sammenheng med beskrivelsene over og kun har som hensikt å klargjøre og skape oversikt over tendensene i materialet. Når det gjelder kontekst, er det brukt begreper som ”middels pleiebehov” og ”stort pleiebehov”. Pasienter på sykehjem i dag har ofte et komplekst og sammensatt behov for behandling og pleie. Det som skilte mellom pasientene i denne undersøkelsen, var knyttet til hvor mye de kunne gjøre selv i morgenstellet, det var relatert til forflytning, og det var i noen grad knyttet til evnen til å kommunisere de behov de hadde gjennom morgenstellet. Samtlige pasienter måtte imidlertid ha hjelp til mye, og det understrekes at det her ikke er snakk om store ulikheter. Begrepene ”mangelfull”, ”tilfredsstillende” og ”god” er brukt for å beskrive studentenes utførelse relatert til de ulike komponentene i modellen. Begrepet ”mangelfull” er brukt der essensielle eller mange negative aspekter ved utførelsen

dominerer i forhold til positive aspekter, ”tilfredsstillende” er brukt der både positive og negative aspekter i utførelsen er til stede i et mer balansert forhold, og uttrykket ”god” beskriver en utførelse der positive aspekter dominerer. Endring eller mangel på sådan beskrives som ”negativ utvikling”, ”positiv utvikling” eller ”ingen utvikling”. Alle ord og begreper brukt for å beskrive utførelse og endring tar hensyn til konteksten i hvert enkelt morgenstell. Det forklarer for eksempel hvorfor utviklingen til student B når det gjelder substans og sekvens, flyt og integrasjon karakteriseres som positiv, selv om utførelsen er ”god” både ved første og andre observasjon. Det henvises derfor til beskrivelsen av studentene for å forstå tabellen rett.

Tabell 1  
Samlet framstilling av studentenes ferdighetsutførelse

Student	Kontekst	Substans og sekvens	Nøyaktighet	Flyt	Integrasjon	Omsorg
<b>A</b> 1.obs. / utf. * 2.obs. / utf. Utvikling	Ganske lik kontekst Stort pleiebehov Stort pleiebehov	- Mangelfull Mangelfull Negativ	- Mangelfull Mangelfull Ingen	- Mangelfull Mangelfull Negativ	- Mangelfull Mangelfull Negativ	- Mangelfull Mangelfull Ingen
<b>B</b> 1.obs. / utf. 2.obs. / utf. Utvikling	Ulik kontekst Middels pleiebehov Stort pleiebehov	- God God Positiv	- Tilfredsstillende Tilfredsstillende Ingen	- God God Positiv	- God God Positiv	- God God Ingen
<b>C</b> 1.obs. / utf. 2.obs. / utf. Utvikling	Ulik kontekst Stort pleiebehov Stort pleiebehov	- Mangelfull Tilfredsstillende Positiv	- Mangelfull Mangelfull Ingen	- Mangelfull God Positiv	- Mangelfull God Positiv	- Mangelfull Tilfredsstillende Positiv
<b>D</b> 1.obs. / utf. 2.obs. / utf. Utvikling	Lik kontekst Middels pleiebehov Middels pleiebehov	- God God Ingen	- Tilfredsstillende Tilfredsstillende Ingen	- Tilfredsstillende God Positiv	- God God Ingen	- God God Ingen
<b>F</b> 1.obs. / utf. 2.obs. / utf. Utvikling	Lik kontekst Stort pleiebehov Stort pleiebehov	- Tilfredsstillende God Positiv	- Tilfredsstillende Tilfredsstillende Ingen	- Mangelfull God Positiv	- Tilfredsstillende God Positiv	- Tilfredsstillende Tilfredsstillende Ingen
<b>Sum Utvikling</b>		Negativ: 1 Positiv: 3 Ingen: 1	Negativ: 0 Positiv: 0 Ingen: 5	Negativ: 1 Positiv: 4 Ingen: 0	Negativ: 1 Positiv: 3 Ingen: 1	Negativ: 0 Positiv: 1 Ingen: 4

\* 1. observasjon / utførelse

### 4.3 Mangler i andre observasjon som tyder på manglende læring

Som det framgår av beskrivelsene og tabellen over, viser datamaterialet både positive og negative aspekter ved studentenes utførelse; - relatert til komponentene i Bjørks modell for praktisk ferdighetsutførelse (1999). Det kontekstuelle aspektet, samt kompleksiteten i morgenstellsituasjonen gjør det vanskelig å si noe om *i hvilken grad* det skjer en utvikling gjennom en åtte ukers veiledet praksis. Materialet indikerer både positiv, negativ og manglende utvikling, men en nærmere presisering vurderes ikke troverdig med den tilnærmingen som er brukt. I analysen framkom imidlertid mangler ved utførelsen i andre observasjon som ses som et relevant supplement til beskrivelsene av hver enkelt student, fordi de kan antyde at en utvikling som burde funnet sted, ikke har gjort det når det gjelder disse aspektene. Nedenfor beskrives antall mangler som kan indikere manglende læring for studentene samlet; - relatert til hver enkelt del av modellen. Resultatene beskrives her blant annet ved hjelp av tall. Det understrekes at tallene brukes for å indikere et mønster, ikke for å pretendere en nøyaktig tallfesting av handlingsaspekter som mangler. Verken observasjonen eller analysen gir grunnlag for dette. Noen handlingsaspekter kan relateres til flere av modellens komponenter, og det må også tas i betraktning når det gjelder det antall mangler som er presentert nedenfor.

#### 4.3.1 Substans

Det ble registrert 18 manglende trinn i andre observasjon som kan indikere manglende læring hos studentene. En student har klart flere mangler enn de andre. Trinnene som mangler, er essensielle. Dersom de konsekvent blir utelatt, vil det kunne gi negative konsekvenser. Hver for seg er det mangler knyttet til handlingsaspekter alle studentene burde ha forutsetninger for å lære. Eksempler på dette er som følger:

- *Skifter ikke vann før hun vasker nedentil*
- *Gjør ikke noe med beboerens føtter (observasjon, smøring)*
- *Tar ikke av plastforkle når hun forlater rommet.*

#### 4.3.2 Sekvens

Til sammen ble det registrert 12 tilfeller av ulogisk / gal sekvens som indikerer manglende læring. Tre av tilfellene representerer handlingsmønstre som muligens tyder på sviktende forutsetninger hos studenten, slik at det kan kreve mer å korrigere handlingene, men ni av

tilfellene er knyttet til handlingsaspekter alle studentene burde ha forutsetninger for å lære i løpet av praksistiden; - det dreier seg ikke om komplekse handlinger. Følgende eksempler kan illustrere dette:

- *Vask av bryst og under armer før hender*
- *Finner fram tøy midt i handlingen i stedet for på forhånd*
- *Setter på plass tannprotese før pasienten får skylt munnen.*

#### 4.3.3 Nøyaktighet

Det ble registrert 37 handlinger / observasjoner der studentene viser unøyaktighet i andre observasjon og som indikerer manglende læring. Noen handlinger går igjen, men de fleste er ulike. De fleste skulle være meget enkle å lære, og samtlige studenter burde hatt forutsetninger for å lære å gjøre disse handlingene korrekt i løpet av en åtte ukers praksisperiode. En god del av handlingene er essensielle. Dersom de konsekvent utføres unøyaktig, vil det kunne medføre negative konsekvenser for pasienten. Mange av unøyaktighetene gir også umiddelbare konsekvenser, særlig i form av ubehag, men dersom ikke pasienten klager, er det ikke nødvendigvis noe studenten ser der og da. Følgende eksempler kan illustrere dette:

- *Dekker ikke pasienten nedentil.*
- *Legger pasientens klær i en bylt oppe på klementiner.*
- *Vasker bare én gang med kluten framme nedentil. Tørker ikke.*
- *Hanskene som er brukt til å håndtere skittent tøy / utstyr har hun på når hun legger på det rene og ordner resten av senga.*

#### 4.3.4 Flyt

Det ble registrert 16 handlinger der studentene viser manglende flyt i andre observasjon og som indikerer at dette ikke er lært. De fleste er ulike. Sammenliknet med nøyaktighet er dette langt færre handlinger. Dette stemmer med beskrivelsene av studentene, som viste at de fleste forandret seg i positiv retning når det gjaldt flyt. Unntaket er en student som mangler like mye i forhold til flyt i andre som i første observasjon. Noen av de 16 handlingene er enkle å lære, andre noe mer kompliserte avhengig av studentenes forutsetninger. Eksempler på dette er som følger:

- *Tar bluse på pasienten i sengen. Venter med å knappe den til pasienten sitter ustøtt på sengekanten. Hun klarer da ikke både å støtte pasienten og knappe blusen.*
- *Pasientens stilling på toalettstolen gjorde det vanskelig å vaske nedentil framme og bak.*
- *Rer sengen uten å heve den. Får ikke til å strekke laken, feste hjørner.*



#### 4.3.5 Integrasjon

Det ble registrert 11 handlinger i andre observasjon der studentene viser manglende integrasjon og som tyder på manglende læring. Også her ser man en positiv utvikling hos studentene sett under ett. En student skiller seg ut, ved at hun i følge materialet har flere handlinger med manglende integrasjon i andre enn i første observasjon. Dette er den samme studenten som ikke utviklet seg positivt når det gjaldt "flyt". Hver for seg synes de 11 handlingene å være enkle og lære; noe alle disse studentene burde hatt forutsetninger for å lære i løpet av åtte uker. Men siden en av studentene står for de fleste av disse handlingene, kan mangler i forhold til enkelthandlinger bety manglende forutsetninger som kan være mer komplekst. Handlingene er essensielle; - dersom de konsekvent blir utført på denne måten, kan det få konsekvenser både for pasientene, studentene selv og omgivelsene. Eksempler er som følger:

- *Når studenten tar på strømpebukse, gir pasienten uttrykk for at hun har vondt. To ganger gir hun uttrykk for dette. Studenten spør hvor hun har vondt, men gjør ikke noe med det. Har ikke gjort noe med føttene eller observert.*
- *Trekker skjørtet opp og er i ferd med å få blusen ned i skjørtet uten å sjekke hvordan truse, bleie og strømpebukse er på plass.*
- *Studenten gir beboer inhalasjonsmedisin etter at hun har satt seg ved frokostbordet, der det sitter to andre beboere og maten er satt på. Beboer skyller munnen og spytter ut i pussbekken etter medisinen. Hun er surklede og hoster.*

#### 4.3.6 Omsorg

Det ble registrert 16 handlinger i andre observasjon som tyder på manglende læring i forhold til omsorg. De områdene som ikke er lært, varierer. Man ser at det her dreier seg om vaner og holdninger, der noe kan være lettere å lære enn annet. Samtlige handlinger må anses å være essensielle. Følgende eksempler kan illustrere dette punktet:

- *Når pasienten skal snus for å vaske ryggen, tar studenten bort dyna, uten å dekke pasienten nedentil.*
- *Får nesten ikke respons fra pasienten. Studenten spør, informerer etc., men gjør ikke ytterligere anstrengelser for å få svar eller respons fra pasienten.*
- *Under forflytning over på siden vil pasienten ha en pute, men studenten sier at hun ikke trenger den. Pasienten sier at hun har litt vondt uten at studenten følger det opp.*
- *Tar på pasienten tykke ulltøfler. Pasienten, som hadde tykke sokker på, klaget over at det var altfor varmt. Studenten sier hun kan ha dem på til hun sitter i stolen. Hun skiftet ikke mens jeg var der.*

Som man ser av presentasjonen i dette avsnittet, viser datamaterialet en god del mangler i forhold til mange enkle ferdighetsaspekter i en grunnleggende sykepleiehandling. Hensikten er å belyse en mulig manglende utnytting av læringspotensialet i disse studentenes første kliniske praksis, noe som vil være et sentralt punkt i den diskusjon av resultatene som følger.

#### 4.4 Aspekter og begreper knyttet til modellens komponenter

Som beskrevet i teoridelen illustrerer Bjørks modell for ferdighetsutøvelse (1999) kompleksiteten i sykepleieprosedyrer når de utføres i naturlige settinger. Analysen av studentenes morgenstellhandlinger synliggjorde at modellens komponenter var knyttet til mange ulike begreper og aspekter ved utøvelsen. Det vurderes relevant å beskrive noen av de karakteristika som framkom i forhold til hver av modellens komponenter for å illustrere og understreke kompleksiteten i praktisk ferdighetsutøvelse i naturlige settinger. Det understrekes at beskrivelsene knytter seg til den handlingen som er observert i denne studien, selv om en del også vil være relevant for andre sykepleieferdigheter. Tall som presenteres, er ment å illustrere tendenser, ikke statistisk holdbare enheter. Aspektene og begrepene som beskrives, er kategorier av mer detaljerte ord og begreper som framkom under analysen.

##### 4.4.1 Substans og sekvens

Analysen av morgenstellhandlingene viste at morgenstellene inneholdt langt flere trinn enn det pensum beskriver. Når det gjelder en handling som stell eller kroppsvask, ser vi at den består av noen hovedtrinn og mange undertrinn. Dette kan illustreres med følgende eksempel fra student F, andre observasjon, som viser undertrinn i forhold til å vaske pasienten på setet:

Figur 5 Illustrasjon på antall trinn i delsekvens av handling

- |   |   |
|---|---|
| - Informerer pasienten  | - Hever sengehest                               |
| - Trekker i stikklakenet, slik at pasienten forflyttes ut mot kanten av senga | - Trekker senga ut fra veggen                   |
| - Snur pasienten delvis over på siden   | - Trekker i stikklakenet fra den andre siden    |
| - Vasker og tørker venstre setehalvdel  | - Snur pasienten delvis mot andre side          |
| - Smører med salve  | - Vasker og tørker pasientens høyre setehalvdel |
| - Hjelper pasienten tilbake i ryggeleie                                       |   |

Sekvensen i handlingen ble ofte annerledes enn det studentene hadde lært på skolen, noe som også illustreres i handlingen til student F, ved at pasienten ble hjulpet med stell nedentil før hun fikk på benklær og sokker, ble hjulpet over i rullestol som ble kjørt ut på badet, der hun fikk hjelp til å vaske ansikt, hender og overkropp.

#### 4.4.2 Nøyaktighet

Analysen viste at nøyaktighet var koblet til mange aspekter ved ferdighetsutførelsen: *velvære, hygiene, forebygge skade, estetikk, ivaretagelse av hud, orden, verdighet, bruk / håndtering av utstyr, integritet, trygghet, sikkerhet, medbestemmelse, opprettholde funksjon*. I forhold til antall handlingssekvenser de er knyttet til, er det "velvære" og "hygiene" som synes som de mest sentrale aspektene. De er knyttet til henholdsvis 80 og 74 handlingssekvenser. Andre sentrale aspekter synes å være "forebygge skade", "estetikk", "ivaretagelse av hud" og "orden". Selv om verken begreper eller antall handlingssekvenser representerer eksakte sammenhenger mellom nøyaktighet i morgenstell og de nevnte aspektene / begrepene, kan de ses på som en indikator på hva som er sentralt når viktigheten av å være nøyaktig skal begrunnes.

#### 4.4.3 Flyt

I analysen framkom en del aspekter som gir eller er forutsetninger for flyt i en morgenstellhandling: *Håndlag, tilrettelegging, rutine, hensiktsmessig / uhensiktsmessig sekvens, samarbeid med pasient, effektiv bruk av tid, planlegging, oversikt, sikkerhet, oppmerksomhet / konsentrasjon, arbeidsstilling, beregning, å være forutseende, pasientens stilling, hukommelse, refleksjon*. Ut fra antall handlingssekvenser de er knyttet til, ser man at aspekter som "håndlag" (59 handlingssekvenser) og "tilrettelegging" (41 handlingssekvenser) synes å være de mest sentrale aspektene når det gjelder forutsetninger for flyt i handlinger. Deretter kommer "rutine", "hensiktsmessig / uhensiktsmessig sekvens", "samarbeid med pasient", "planlegging" og "oversikt". Mens aspekter knyttet til nøyaktighet viste hvilken betydning nøyaktighet har når det gjelder konsekvenser av det man gjør, viste de fleste aspektene knyttet til flyt at visse betingelser må være til stede for at det skal bli flyt i handlingene.

#### 4.4.4 Integrasjon

Følgende aspekter eller begreper knyttet til integrasjon framkom av analysen: *Samsvar mellom handlingsaspekter, samsvar mellom pasientens behov, ressurser og handling, oppmerksomhet, timing av handlingsaspekter, oversikt, kombinasjon av handlingsaspekter, samsvar mellom omgivelser og handling, samsvar mellom situasjon og handling*. I forhold til antall handlingssekvenser aspektene / begrepene er knyttet til, synes det også her som om noen aspekter er mer sentrale enn andre. ”Samsvar mellom handlingsaspekter” (43 handlingssekvenser), ”samsvar mellom beboers behov, ressurser og handling” (39 handlingssekvenser) og ”oppmerksomhet” (35 handlingssekvenser) synes som de mest sentrale aspektene. På de neste plassene kommer ”timing av handlingsaspekter” og ”oversikt”. Dette viser at relasjonelle og kontekstuelle faktorer i en morgenstellhandling gjør at studentene har mange og til dels komplekse faktorer å forholde seg til i handlingsøyeblikket.

#### 4.4.5 Omsorg

Ved kategorisering av ord og begreper relatert til omsorg, framkom følgende aspekter og begreper: *Samhandling / kommunikasjon, ivareta pasientens velvære, oppmerksomhet, ivareta pasientens rett til medbestemmelse, ivareta pasientens behov, ivareta pasientens verdighet / integritet, handling tilpasset pasientens signaler og reaksjoner, handling tilpasset pasientens ressurser, vise engasjement for pasientens situasjon utover handlingen, oppmuntring, kyndighet, respekt*. Aspektene sier noe om hvordan omsorgen uttrykkes praktisk i handlingen. Antall handlingssekvenser aspektene / begrepene er knyttet til, viser at ”samhandling / kommunikasjon” (78 handlingssekvenser) er et sentralt aspekt knyttet til omsorg. De andre aspektene som synes sentrale, er det å ”ivareta beboers velvære” (45 handlingssekvenser), ”oppmerksomhet” (36 handlingssekvenser) og ”ivareta beboers rett til medbestemmelse” (34 handlingssekvenser), ”ivareta beboers behov” (22 handlingssekvenser), ”ivareta beboers verdighet / integritet” (22 handlingssekvenser) og ”handling tilpasset beboers signaler og reaksjoner” (22 handlingssekvenser).

### 4.5 Avslutning

Studiens problemstilling var relativt vid og gjorde det mulig å la datamaterialet generere resultater uten noen andre rammer enn det Bjørks modell ga som tolkningsverktøy.

Resultatene som er presentert ovenfor sier noe om fem ulike studenters ferdighetsutførelse og utvikling, og de sier noe om utvikling og manglende sådan for denne studentgruppen samlet. Neste del av oppgaven vil omhandle hva disse resultatene betyr i lys av praktisk ferdighetslæring i naturlige settinger. I lys av størrelsen på datamaterialet og betydningen av relativt omfattende beskrivelser av hver enkelt student i dette resultatkapittelet, blir ikke resultatene fra intervjuene presentert her, men disse vil – slik det er beskrevet i metodekapittelet – være med å belyse resultatene når disse drøftes.

## 5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven diskuteres de resultatene som framkom av analysen av datamaterialet. Intervjuene med studentene etter siste observasjon benyttes for å belyse de resultater som drøftes der dette er relevant. I lys av de resultatene som er presentert er noen hovedområder valgt ut for drøfting i dette kapitlet. Først diskuteres mangelen på entydighet og karakteristiske mønstre i lys av metodisk tilnærming (Malterud 2003). Deretter diskuteres aspekter som variasjon i utførelse, læring og utvikling, forholdet mellom nøyaktighet og flyt i utførelsen, omsorg som en del av praktisk ferdighetsutførelse, samt kompleksitet i ferdighetsutførelsen. I lys av problemstillingen for studien og det som er beskrevet i teoridelen om læring i naturlige settinger, vurderes det også relevant å diskutere hvorvidt potensialet for læring og utvikling er godt nok utnyttet for disse studentene i den aktuelle kliniske settingen. Den siste delen av kapitlet omhandler Bjørks modell for ferdighetsutførelse (1999) som mulig vurderings- eller lærings- og refleksjonsredskap i kliniske studier, samt en kritikk av modellen.

### 5.1 Mangel på entydighet og karakteristiske mønstre

Både beskrivelsen av hver enkelt student og oppsummeringen av disse i form av en tabell i resultatdelen viser at det skjer endringer og utvikling, men uten at det tegner seg entydige og klare mønstre i materialet. Nedenfor diskuteres dette i lys av metodisk tilnærming i studien (Malterud 2003).

#### 5.1.2 Metodediskusjon

I undersøkelsen var det først og fremst studentenes handlinger det ble fokusert på. I intervjuene ga studentene uttrykk for at de hadde lært mye. Studien dreier seg ikke om hele læreprosessen studentene gjennomgår i de åtte ukene på sykehjemmet; - fokus var de synlige resultatene av læring eller manglende sådan. Dette var et bevisst valg. I en klinisk setting er det essensielt at det som er lært, kan omsettes i handling. I teorikapitlet omtales de siste årenes rammeplaner for sykepleierutdanningen, hvor begrepene ”handlingskompetanse” og ”handlingsberedskap” nettopp understreker dette (KUF 2000,

UFD 2005). Dermed er det ikke sagt at den mer usynlige delen av læreprosessen ikke er essensiell. Et åpent og inkluderende læringssyn understreker at læring skjer på mange plan. Det tar hensyn til både følelsesmessige, intellektuelle, handlingsmessige og sosiale sider ved studentenes læring og forener praktiske og teoretiske aspekter ved profesjonskunnskapen (Hiim og Hippe 1998, 2001). Kvale og Nielsen (2003) anvender også et bredt læringsbegrep i sin beskrivelse av læring i praksis, et læringsbegrep som omfatter forandringer i kunnskap, viten, verdier og personlighetsdannelse som skjer når man lærer i arbeidslivet. I didaktiske overveielser relatert til hvordan studenter lærer sykepleie, må man ta hensyn til alle disse ulike aspektene i læreprosessen. I en handlingsorientert profesjon som sykepleie må man imidlertid også kunne se resultater av læringen, og i lys av at oppgavens fokus er grunnleggende praktiske ferdigheter, valgte jeg å fokusere på synlige læringsresultater. Viktigheten av å fokusere på læringsresultater kan illustreres ved å sammenligne observasjonsresultater og intervju på den studenten (A) som hadde manglende eller negativ utvikling i forhold til samtlige deler av modellen. På spørsmål om hun kan beskrive forskjellen på det å hjelpe pasienten med morgenstell nå (dette var andre observasjon og hun hadde hatt ansvar for pasienten i tre uker) og første gang hun gjorde det, svarte hun:

*”...jeg har blitt mer kjent med den beboeren jeg har nå, da. ...så jeg vet jo litt hvordan hun reagerer og hvordan hun vil ha ting ...og så føler jeg at det går litt fortere å stelle også. ...at jeg har kommet inn liksom i rutinen i å stelle den pasienten eller beboeren. ... også ja, det har blitt mer rutine, da. Altså at jeg føler at jeg er mer trygg på den situasjonen. Det gjør jeg.”*

Studenten følte seg tryggere enn tidlig i praksisperioden og sa at hun hadde fått rutine i morgenstellet av denne pasienten. Men handlingene hennes var fortsatt like famlende og usikre som i første observasjon og preget av mangler og feil.

Med fokus på læringsresultater viser altså materialet at det har skjedd en viss læring og utvikling, men den er mindre klar enn det jeg hadde forventet å se i en setting med så mange utfordringer og muligheter. Dette kan skyldes flere faktorer, blant annet tilnærmingssmåte og metodiske svakheter. I en observasjonssituasjon vil det alltid være noe man ikke får med seg. Bruk av video ble vurdert å være uaktuelt i forhold til både handling og pasientkategori, så jeg var avhengig av det jeg selv klarte å observere og notere ned. Det å hjelpe en pasient med morgenstell er en kompleks handling som består av mange mindre

prosedyrer og der det kontekstuelle og relasjonelle spiller en vesentlig rolle. Kompleksiteten er relativt stor, og det er viktig å ta høyde for at observatøren ikke har fått med seg alt som skjedde i situasjonen.

I de aller fleste situasjonene sa studentene at de ikke var affisert av min tilstedeværelse. I to situasjoner uttalte studentene at de var litt stresset, men at de gjorde arbeidet som vanlig. I resten av observasjonssituasjonene ga de uttrykk for at det ikke gjorde noe fra eller til at jeg observerte dem. De virket heller ikke særlig påvirket av at jeg var der under morgenstellene. Man kan likevel ikke se bort fra forskereffekten i situasjonen (Kristiansen og Krogstrup 1999, Grønmo 2004). Kanskje har noen forberedt seg litt bedre enn de pleide fordi de visste at de ville bli observert, og kanskje gjorde noen feil eller glemte noe fordi de ble nervøse.

Jeg valgte å bruke en modell for å analysere handlingene i ettertid med tanke på endring og utvikling. Muligens ville resultatene blitt noe annerledes dersom andre kriterier hadde ligget til grunn for analysen. Kvale og Nielsen (2003b) skriver at det ofte er enkeltpersoners, for eksempel forskerens eller utdanningsplanleggerens oppfatning av læring som bestemmer hva som er god og mindre god læring. Når vi undersøker læring gjennom arbeide, beveger vi oss inn i et annerledes læringsrom og møter andre former for læring og evaluering enn de man vanligvis møter i skolesammenheng (Kvale og Nielsen 2003a). Det forskerblikket og den for forståelse jeg har møtt studentenes handlinger med, både i observasjonssituasjonen og i analysen av datamaterialet, kan således ha farget resultatene i noen grad.

Valg av morgenstell som handling i denne studien kan også ses som en medvirkende faktor til at resultatene ikke gir entydig framstilling av endring og utvikling. Som det framgår både av teorikapitlet (Lawler 1996, Olsen 1998) og beskrivelsene av de enkelte studentene i resultatdelen, er morgenstell en handling der kravene til de ulike komponentene i handlingen varierer mye i forhold til relasjonelle og kontekstuelle faktorer i situasjonen. Det var således ikke mulig å sette opp detaljerte kriterier for hva som skulle vektlegges i observasjoner og analyse. Når valget likevel falt på morgenstell, var det både fordi det er en sentral læresituasjon studenter ofte observeres og vurderes i forhold til i utdanningen og



for å prøve ut Bjørks modell for ferdighetsutførelse på en så omfattende sykepleiehandling eller prosedyre.

Aspektene som er diskutert ovenfor er ment å belyse mulige årsaker til at man ikke ser en klarere tendens når det gjelder læring og utvikling i materialet. Mangel på entydighet og karakteristiske mønstre bør imidlertid også ses i lys av at studien har en åpen hermeneutisk tilnærming, der helhetsforståelse og meningsfortolkning er sentralt. En fortolkende beskrivelse forutsetter at aktørene i en studie og deres handlinger må forstås som en del av en større helhet og i lys av den konteksten de inngår i (Grønmo 2004). Den påfølgende drøfting av de øvrige resultatene gjøres med dette som utgangspunkt.

## **5.2 Variasjon i utførelse, læring og utvikling**

Beskrivelsene av hver enkelt student ut fra modellens komponenter viser at studentene er ulike både når det gjelder hver observasjon og i forhold til de enkelte komponentene i handlingen. De kvalitative beskrivelsene og oppsummeringen av studentenes handling i tabell 1 viser også at de er ulike i forhold til endring og utvikling. Noe av denne variasjonen kan ses i lys av kompleksiteten i morgenstellhandlingen og det som er beskrevet i forrige avsnitt. Det er imidlertid også aktuelt å diskutere en slik variasjon i lys av studenters ulike faglige og personlige forutsetninger og ulike lærings- eller deltakerbaner i læringskonteksten. Hiim og Hippe (1998) karakteriserer læreforutsetninger i sin didaktiske relasjonsmodell som fundamentet i undervisnings- og læreprosessen. Læreforutsetningene defineres blant annet som de følelser og holdninger, ferdigheter og forståelse eleven til enhver tid møter undervisningen med. Christiansen (2003, 2004) påpeker hvordan dagens studentgruppe er mindre homogen enn tidligere. Hun trekker blant annet fram inkorporerte vaner knyttet til bevegelsesmåter, håndlag, evne til å takle intimitet og nærhet og hvor verbal man er som eksempler på personlige særpreg som har betydning for hvordan den enkelte student former sin sykepleierrolle gjennom utdanningen. Ulike forutsetninger og større grad av frihet enn tidligere til å trekke veksler på det subjektive i utformingen av yrkesrollen, skaper imidlertid også didaktiske utfordringer når det subjektive skal utvikles i tråd med faglige forventninger og normer som garanterer en bestemt type kompetanse. Pettersen (2005) framhever det å aktivere tidligere erfaring, kunnskap og kompetanse som et sentralt prinsipp for læring og undervisning. Han hevder

at dersom man ikke aktiviserer det studenten bringer med seg inn i undervisningssituasjonen, får studenten vansker med å med å videreutvikle og konstruere ny informasjon og nye begreper på en meningsfull og meningsbærende måte. Beskrivelsene av studentene i denne studien viste at både de med erfaring og de uten erfaring møtte den praktiske virkeligheten i klinikken med ulike faglige og personlige forutsetninger. Samtidig er innhold og organisering i de kliniske studiene fra utdanningens side likt for samtlige studenter, noe som er nødvendig for å dokumentere tilfredsstillende kvalitet. Innenfor gitte og nødvendige rammer for innholdsbeskrivelse og organisering er det imidlertid kanskje mulig å gi mer rom for opplæring, veiledning og oppfølging i forhold til den enkelte students forutsetninger, for eksempel ved at innhold og organisering ikke detaljstyres i for stor grad.

Med utgangspunkt i et situert syn på læring sier Dreier (1999) at læring har å gjøre med endring og utvikling av de personlige forutsetningene for deltakelse i en sosial praksis. Han beskriver hvordan alle utformer sine personlige deltakerbaner innenfor samfunnsmessige praksisstrukturer. Det betyr at studenten innenfor institusjonelle arrangementer for læring også her former sin egen personlige læringsbane. Når det gjelder forholdet mellom den enkeltes personlige læringsbane og de institusjonelt arrangerte læringsbanene, påpeker han som et utbredt problem at disse faktisk sjelden stemmer overens. Han påpeker også hvordan hver deltaker gir den institusjonelle læringsbanen et personlig preg og "en forskjellig, partiell konfigurasjon" (s.80). Resultatene av herværende undersøkelse viser fem ulike studenter med ulike aspekter av endring og utvikling. Dreier (1999) er kritisk til å studere læring bare i en isolert kontekst. Han mener personer må studeres som subjekter som beveger seg i tid og rom og underveis endrer sin måte å delta på. Ut fra de resultatene som er beskrevet, samt intervjuene med studentene, aner man likevel fem ulike personlige læringsbaner. Når det senere i kapitlet diskuteres hvorvidt læringspotensialet for disse studentene er godt nok utnyttet, blir dette blant annet knyttet til hvordan man forstår forholdet mellom personlige og faglige forutsetninger og de ressurser og barrierer som tegner seg for den enkelte i læringslandskapet.

### 5.3 Forholdet mellom nøyaktighet og flyt – og betydningen av nøyaktighet i ferdighetsutførelsen

Oppsummeringen av studentenes utførelser i tabell 1 (s.84) indikerer at ingen av studentene utviklet seg positivt i forhold til nøyaktighet. Hos to av fem studenter betegnes utførelsen som ”mangelfull”. De tre andres utførelse betegnes som ”tilfredsstillende”. Beskrivelsene av studentene viser mange aspekter ved handlingen studentene var nøyaktig i forhold til, men det ble også registrert 37 handlingsaspekter der studentene viste unøyaktighet i andre observasjon og som indikerte manglende læring. Når det gjelder flyt, utviklet fire av fem studenter seg positivt og hos disse betegnes utførelsen som ”god” i siste observasjon. Mangler i forhold til flyt i andre observasjon var også færre enn for nøyaktighet, særlig når man tar i betraktning at den studenten som ikke hadde positiv utvikling av flyt, sto for de fleste av disse manglene. Disse resultatene samsvarer med Bjørks (1999) funn av nyutdannede sykepleieres ferdighetsutvikling i løpet av deres første år i klinisk praksis. Sykepleierne utviklet flyt i handlingene sine fra første til siste observasjon, men de viste fortsatt mange av de samme feilene som ble registrert første gang de ble observert.

Å lære nøyaktighet krever kunnskaper og evne til å utføre handlinger rutinert og korrekt. Analysen av observasjonene indikerte at nøyaktighet er knyttet til mange ulike aspekter ved ferdighetsutførelsen, noe som både fordrer evne til en bred forståelse av hvorfor nøyaktighet i ferdighetsutførelse er sentralt og at man har utviklet en ansvarlig holdning når det gjelder mulige konsekvenser av handlinger. Det kan være flere grunner til at det ikke ble registrert positiv utvikling hos studentene i forhold til nøyaktighet, blant annet læringsbarrierer i form av manglende veiledning, oppfølging og tilbakemelding (Björk 1999, Nielsen og Kvale 2003). Det kan også skyldes at unøyaktighet i morgenstell ikke gir umiddelbare eller synlige negative konsekvenser, slik tilfellet kan være for eksempel i forbindelse med administrering av medikamenter. Når det gjelder mange av de infeksjoner og komplikasjoner man ser på et sykehjem, er de ikke umiddelbare konsekvenser av feil og unøyaktigheter, men en følge av mange komplekse faktorer som både er knyttet til pasienten, miljøet og til personalet. Poenget med dette er å synliggjøre at det å lære nøyaktighet i en så kontekstuell handling som morgenstell, synes å være relatert til en moralsk ansvarlighet som rommer både det å *ha de rette kunnskaper* om hva som er korrekt prosedyre og *være oppmerksom på betydningen av å handle nøyaktig* i en gitt

relasjon. Innenfor sykepleietradisjonen var pålitelighet en av grunnkravene i sykepleien (Karoliussen 2002). Pålitelighet inkluderer både punktlighet, nøyaktighet og orden, og Karoliussen skriver blant annet følgende om nøyaktighet i sykepleietradisjonen: "Nøyaktigheten utviklet ansvarsfølelsen slik at sykepleieren utviklet og brukte sin iakttakelsesevne, og utførte handlingene presist, noe som skulle hindre feilgrep og øke pasientens sikkerhet" (s.45). Hun mener man i dag legger for lite vekt på aspekter som blant annet orden og ryddighet, men at behovet for pålitelighet i yrkesutøvelsen i helsevesenet i de senere år har vist seg gjennom kravet til gode kvalitetssikringssystemer. Følgende sitater fra Hagemanns etikkbok fra 1930 (2003) kan illustrere hvordan man innenfor sykepleietradisjonen koblet nøyaktighet med ansvarlig yrkesutøvelse:

"Hver gang man som elev får lære noget nytt, må man forsøke å sette sig så grundig inn i tingen som mulig, bruke sin iakttakelsesevne og ikke være bange for å spørre om igjen til man helt forstår hvordan det skal gjøres. Det gjør en trygg og sikker når man skal til på egen hånd, og hindrer de feilgrep som i sykepleien kan være så skjebnesvangre. En tanke som den at "det kan vel ikke være så nøie" må man fra første stund være på vakt mot – alt arbeide må utføres like nøiaktig og samvittighetsfullt når man er alene som når de overordnede ser på" (s.21).

Hagemann skrev også at nøyaktighet vil utvikle ansvarsfølelsen og at pasientene daglig vil sveve i livsfare på et sykehus der orden og nøyaktighet ikke blir påaktet.

Analysen av morgenstellhandlingene viste at velvære var et sentralt aspekt knyttet til nøyaktighet i handlingen. Når nøyaktighet i handling knyttes til velvære, kan betydningen av det å være nøyaktig også begrunnes ut fra et annet perspektiv. Som beskrevet i teorikapitlet fokuserer Karoliussen (2002) på forskning som har undersøkt hvordan subjektive opplevelser påvirker helsetilstanden. Hun henviser til Nightingale (1997) som mente at sykepleiernes oppgave var å sette pasienten i en tilstand der naturens egne helbredende krefter kunne virke på ham. Studier innenfor psykonevroimmunologi de senere årene bekrefter at kroppens egne helbredende krefter kan mobiliseres også hos svært syke pasienter. Litteratur på dette området indikerer at følelser som velvære og glede kan styrke immunforsvaret og fremme eller forsterke helbredelsesprosesser (Zeller, McCain & Swanson 1996, Karoliussen 2002, Langley, Fonseca & Iphofen 2006). I den grad nøyaktighet i et morgenstell kan knyttes til pasientens velvære, kan også nøyaktighet betraktes som en av forutsetningene for omsorgsfull handling, og følgende sitat er valgt for å illustrere dette og samtidig representere en overgang til neste avsnitt der omsorgskomponenten i handlingen diskuteres:

”From a nursing perspective the science of PNI may be seen to be catching up with what nurses have traditionally done – skillfully provide good nursing, good caring, in an empathetic manner, knowing intuitively that it will help their patients on their health journey” (Langley, Fonseca & Iphofen 2006, s.1129).

#### 5.4 Omsorg som en del av ferdighetsutførelsen

Det ble registrert positiv utvikling hos bare en student i forhold til omsorgsdelen av modellen. Hos de fire andre viser de kvalitative beskrivelsene at det ikke var mulig å indikere utvikling i den ene eller andre retningen. Også dette samsvarer med Bjørks resultater, der man ikke fant noe tydelig mønster i utviklingen av omsorg (Bjørk 1999). Omsorg i modellen defineres som det å skape en atmosfære preget av respekt, akseptasjon og oppmuntring, - at det omfatter omtanke for hele personen og at den som utfører sykepleiehandlingen samtidig skal kunne forholde seg til den totale opplevelsen av å være pasient (Bjørk 1999, 2003, 2005). Aspektene sier noe om hvordan omsorgen uttrykkes praktisk i handlingen. Dette var den vanskeligste komponenten å analysere. For det første var det ikke alltid selvsagt hvilke handlinger som hørte hjemme under denne komponenten, og det var også i noen grad vanskelig å bedømme handlinger som negative eller positive i forhold til omsorg. Som observatør var jeg ikke kjent med pasientene og deres preferanser, og dette gjorde det for eksempel utfordrende i noen tilfeller å vurdere måter å kommunisere på.

Analyseresultatene indikerer dessuten at mangler når det gjelder andre deler av modellen, slik som substans, nøyaktighet og flyt, kan gjøre at handlingen oppleves mindre god for pasienten. Dermed kan handlingen heller ikke karakteriseres som omsorgsfull, selv når intensjonene er de beste fra hjelperens side. I forhold til dette er det interessant å henvise til Lov om helsepersonell (HD 1999), der omsorgsfull hjelp er koblet med faglig forsvarlighet: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til *faglig forsvarlighet* og *omsorgsfull hjelp* som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Kap. 2, § 4). Molven (2002) beskriver dette som to ulike krav, der faglig forsvarlighet retter seg mot det tekniske, faglige arbeidet, mens kravet om omsorgsfull hjelp er basert på prinsippet om at pasientene skal bli møtt av gode normer for medmenneskelig atferd. Det betyr at pasientene skal

møtes med respekt, verdighet, innlevelse og imøtekommenhet, og at de skal møtes ut fra sine subjektive forutsetninger. Det at kravet om omsorgsfull hjelp nå er nedfelt i Lov om helsepersonell viser betydningen av omsorg som en vesentlig komponent ferdighetsutførelsen.

Omsorgsbegrepet favner vidt, og selv om man kan drøfte det ut fra ulike nivåer, var det utfordrende å trekke det ned på et så detaljert nivå som jeg gjorde i analysen av observasjonsmaterialet. Thornquist (2003) skriver at kroppen er ladet med mening, og i analysen av omsorgskomponenten var det viktig å ikke fjerne seg fra den grunnleggende forståelsen av at både pasient, student og observatør tillegger kroppen i situasjonen mening ut over den handlingen som blir observert. Bruken av en modell for å analysere en handling med så mye mening som et kroppsstell, fordrer derfor en bevissthet om at omsorg i forhold til denne handlingen også betyr en sensibilitet, eller mottakelighet og følsomhet (Nordtvedt og Grimen 2004) det er mulig å få øye på, men som det er vanskeligere å analysere ut fra en modell og artikulere i språk. Selv om det kan problematiseres å analysere hva som er god eller dårlig omsorg ut fra en modell, er det imidlertid viktig at man også tilstreber å knytte omsorgsbegrepet til konkret faglig praksis, både for å få fram kompleksiteten i handlingen og konkretisere omsorg i forhold til praktisk ferdighetsutførelse. På engelsk bruker Bjørk (1999, s. 59) begrepet "caring comportment", mens hun på norsk har valgt "omsorg" som betegnelse. Beskrivelsen av komponenten er imidlertid den samme på engelsk som på norsk. Begrepet "omsorg" er et videre begrep enn "caring comportment", som kan oversettes til "omsorgsfull væremåte". Det engelske uttrykket gjenspeiler muligens på en bedre måte tilknytningen til en aktuell handling eller situasjon, og i analysen jeg gjorde av studentenes morgenstellhandlinger, ga "caring comportment" et klarere, mer begrenset og mer forståelig fokus når handlingen skulle tolkes i forhold til denne komponenten. Begrepet "comportment" sier noe om at dette er mer enn en omsorgsfull *holdning*. Det sier noe om at holdningen også tilkjennegis gjennom en måte å være og handle på i helt konkrete situasjoner. På sykehjemmet møter studentene en av de mest ressurssvake pasientgruppene, for hvem måten det *handles* på kan være avgjørende for om dagen deres blir god eller ikke. Derfor er "caring comportment" en essensiell del av det å utføre en praktisk ferdighet; - når ferdigheten utføres i relasjon til pasienten.

## 5.5 Kompleksiteten i ferdighetsutførelsen

Diskusjonen i de foregående avsnittene viser noe av den kompleksiteten som ligger i det å lære å utføre praktiske handlinger for og med andre mennesker. I pensum, på forelesninger og i øvingsavdelingen lærer studentene å hjelpe pasienter med kroppsstell og påkledning ut fra en standardisert prosedyre, der det ene trinnet naturlig følger det andre. Slik må det være, fordi man ikke kan gjengi alle mulige måter å gjennomføre et kroppsstell på. Analysen av studentenes morgenstellhandlinger i klinikken ved hjelp av modellen for ferdighetsutførelse (Bjørk 1999) synliggjorde kompleksitet i handlingen både i forhold til hver enkelt del av modellen og kompleksitet i handlingen når den ses som en integrert helhet. Relatert til substans viste resultatene langt flere trinn enn det som beskrives i prosedyrelitteraturen, og sekvensen måtte endres for å tilpasses pasient og situasjon. For de øvrige komponentenes vedkommende synliggjorde analysen kompleksitet og bredde ved at hver av disse igjen var knyttet til mange ulike aspekter ved utførelsen. Touhy (1997) beskriver kompleksiteten i det å hjelpe gamle mennesker med kroppsstell slik: "...bathing can be viewed as the art of meeting the unique needs of older persons for comfort and care, not simply a task to be accomplished" (s.6). Hun mener man gjør både sykepleie som fag, pasientene og sykepleierstanden en stor urett når det å møte grunnleggende behov for pleie vurderes som arbeid for ufaglærte og sier at man må oppdage så vel kompleksiteten i pasientens behov som "the artistic range of nursing responses" (s.6).

I teoridelen beskrives hvordan synet på læring av praktiske ferdigheter innenfor sykepleierutdanningen har endret seg gjennom de årene det har eksistert formell utdanning for sykepleiere. Blant annet beskrives en utvikling de siste tiårene der praktisk ferdighetslæring har fått stadig mindre plass både når det gjelder tid og ressurser innenfor fagplaner og det pedagogiske arbeidet i skolen (Fagermoen 1993 og Bjørk 1996, 1997, 1999). Selv om dette i noen grad kan skyldes utdanningspolitiske og økonomiske rammer, er det også betimelig å relatere det til hvordan man innenfor sykepleierutdanningen har vurdert – og fortsatt vurderer – dette fagområdets betydning eller læringskompleksitet. Bjørk (2006) hevder at sykepleierutdanningen underbygger et forenklet bilde av praktisk ferdighetslæring når man bruker den tiden man har til rådighet på andre oppgaver enn læring og utvikling av studentenes praktiske dyktighet. Alvsvåg og Førland (2006) undersøkte hva nyutdannede sykepleiere mente det burde legges mer eller bedre vekt på

enn det de hadde opplevd under sin utdanning. En av tendensene i deres studie var at sykepleierne hadde ønsket mer praktisk undervisning og trening. Dette diskuteres blant annet i lys av skillet mellom elementær praktisk kunnskap og kvalifisert praktisk kunnskap. Det påpekes at konkrete gjøremål alltid vil være mer enn tekniske gjøremål i profesjonelle sammenhenger og at kunnskaper fra ulike fagområder innenfor sykepleierutdanningen kan være med å gjøre sykepleiefaget til mer enn instrumentelle handlinger dersom refleksjon er en del av den konkrete utøvelsen.

Kompleksiteten som framkom gjennom analysen av studentenes handlinger i morgenstell indikerer at praktiske sykepleieferdigheter kan være utfordrende å utføre og lære i en klinisk setting, men at det i denne kompleksiteten også ligger rike potensialer for læring og utvikling. I neste avsnitt diskuteres hvorvidt disse potensialene ble utnyttet for studentene i herværende studie.

## **5.6 Utnytting av læringspotensialet i kliniske studier**

Disse studentene hadde en åtte ukers veiledet praksis i 1.studieår. Denne praksisperioden foregikk på et sykehjem, der pasientgruppen byr på til dels svært utfordrende og komplekse pleiebehov. Det synes å være mange muligheter for å lære grunnleggende sykepleieferdigheter i denne settingen (Touhy 1997, Rogan & Wyllie 2003, Orland-Barak & Wilhelem 2005). Resultatene fra denne studien viser mindre endring og utvikling enn det jeg hadde forventet å se på forhånd. Når man ser på beskrivelsen av hver enkelt student, ser man ulike endringer som tyder på både positiv og negativ utvikling, og for fire av studentene viser materialet positiv utvikling i forhold til flere av modellens komponenter. Men materialet viser også negativ eller manglende utvikling, særlig i forhold til nøyaktighet og omsorg. En student hadde vesentlige mangler både i 1. og 2.observasjon og negativ eller manglende utvikling. Materialet for samtlige studenter viser at de både hver for seg og samlet hadde en eller flere mangler i 2.observasjon som tyder på manglende læring og utvikling. I det følgende ses dette i lys av aspekter som vurderes relevant for læring av praktiske ferdigheter i en klinisk setting.



### 5.6.1 Oppfølging og veiledning

En av studentene i materialet, student A, viste manglende eller negativ utvikling i forhold til modellens komponenter. Studenten sa i intervjuene at hun hadde lært mye og følte seg mer trygg og sikker enn i begynnelsen, men ut fra analysen av de to observasjonene syntes ikke denne utviklingen i handlingene hennes. Satt på spissen kan man si at hun hadde utviklet en viss trygghet i forhold til et usikkert og famlende handlingsmønster, en trygghet på tross av at det var flere aspekter av handlingen hun ikke fikk til. Av intervjuene går det fram at denne studenten gikk mye alene og hadde mangelfull oppfølging både fra kontaktsykepleier og andre.

*”Altså, jeg følte at kanskje hun veilederen min, hun har ikke vært så flink til å følge meg ... eller det er både jeg og en annen student som hun har som veileder. Hun har ikke vært noe flink og fulgt oss opp, da. ... altså, det er kanskje litt sånn, at de andre på avdelinga har vært litt lite hjelpsomme, da... hvis vi spør om hjelp om ting, så har de liksom helst ikke ville hjulpet oss, så vi studentene har liksom hjulpet hverandre, da.”*

Hennes viktigste støttespillere gjennom de kliniske studiene var medstudenter. Hun sa også at hun hadde lært mye av lærer som hadde vært med henne to ganger i løpet av praksisperioden og gitt henne konstruktiv tilbakemelding. På tross av at denne studenten ikke hadde noen erfaring fra før av, tyder intervjuene på at hun var mye overlatt til seg selv og at hun ikke følte seg trygg nok til å spørre og be om hjelp i tilstrekkelig grad. I intervjuet fortalte hun at hun har vært med kontaktsykepleier og sett på når hun stelte pasienter, men at det kun var lærer som hadde sett på henne når hun utførte handlingen. Den andre studenten uten erfaring (B) fortalte en annen historie. Når jeg spurte henne om hvordan hun lærte å stille pasienter, fortalte studenten at hun hadde en kontaktsykepleier som fulgte henne tett, særlig den første tiden.

*”Kontaktsykepleieren som jeg har hatt, hun har vært kjempegrei. Utrolig grei, og så veldig flink og sånn, så jeg har lært masse, da...  
... eller de første dagene så gikk jeg jo bare sammen med og observerte henne, da. Og så fikk jeg jo prøve litt selv, og så var hun sammen med meg, og så kunne jeg spørre om alt mulig som jeg lurte på, og så svarte hun på det.  
... når vi var der inne, så fikk hun meg til å kjenne på pulsen og sårne ting. Og når vi kom ut, så spurte hun om hva jeg hadde observert.”*

Kontaktsykepleieren viste henne ikke bare hvordan *hun* utførte morgenstell, men hun så på mens studenten utførte deler av eller hele morgenstellet. Selv når studenten utførte handlingen alene, kom hun innom og spurte om alt gikk bra. Hun stilte også spørsmål studenten måtte reflektere over. Denne studenten hadde en kontaktsykepleier som ivaretok både opplæring og veiledning på en god måte, og ved sin tilnærming var hun med på å skape en trygg og positiv læringssituasjon for studenten. Studenten hadde få mangler i begge morgenstell. Det meste var på plass allerede den første gangen hun ble observert, selv om hun da hadde ansvar for en pasient med mindre pleiebehov enn siste gang. En studie av to studenter uten erfaring gir ikke svar som gir grunnlag for å generalisere, og resultatene kan også i noen grad skyldes ulike personlige forutsetninger. Men materialet antyder også en klar forskjell mellom den opplæring og veiledning disse to studentene fikk, og man kan ikke se bort fra at det kan ha hatt vesentlig betydning for hvordan læringspotensialet ble utnyttet for student A og student B. Student B var den eneste av de fem studentene som fortalte om grundig oppfølging og veiledning fra kontaktsykepleieren sin. Følgende utsagn fra de andre studentene illustrerer dette:

- Student C:

*”...hun har ikke gitt meg noe særlig tilbakemelding, og det har jeg egentlig savnet litt ... å hatt sånn evaluering, eller at vi hadde satt oss ned og diskutert litt ting. Men det har det ikke vært. Og så har jeg bare tenkt at sånn er det, - så har jeg bare gjort det beste ut av det. Men er det noe jeg savner, så er det vel det at jeg skulle ønske at jeg fikk mer tilbakemelding på ting jeg gjorde.”*

- Student D:

*”Ja, men det er liksom slik at de... det er ikke så voldsomt mye de har sett på, for jeg går som oftest for meg selv og så det...”*

- Student F:

*”...for det første så har jeg nesten ikke sett kontaktsykepleieren min. ... ganske tidlig så fant jeg ut... bestemte meg for at ok, jeg har ikke kontaktsykepleier. Dette må jeg ordne selv.”*

Selv om disse studentene var i utdanningens første kliniske praksis, indikerer intervjuene at de var mye overlatt til seg selv. De var studenter i en setting der det av bemanningsmessige årsaker er vanlig å arbeide alene i pasientsituasjoner. Granum m.fl. (1990) fant i en undersøkelse der fokus var veiledning av første- og tredjeårsstudenter i sykehjem at

studentene gikk mye alene og at veiledningen var mangelfull. I rapporten "På dypt vann" påpeker Havn og Vedi (1997) at kvaliteten på studentveiledning ved sengeposter oppleves varierende, både når det gjelder pedagogisk skoling av kontaktsykepleiere og tid og kapasitet til å vektlegge kvalitet i veiledningen. Benum (1998) beskriver funn fra en studie som viste at veiledningen av studenter i kliniske studier var tilfeldig, personavhengig og ustrukturert. Bjørk (1999) fant at de nyutdannede sykepleierne hun fulgte gjennom ett år hovedsakelig arbeidet alene og i svært liten grad fikk noen tilbakemelding på sine praktiske ferdigheter. Dette syntes også å være realiteten for fire av fem studenter beskrevet ovenfor. Selv om de også uttrykte tilfredshet med praksisperioden, savnet de en tettere oppfølging og mer konkret tilbakemelding. Ett av resultatene fra Bjørks studie er at vesentlige feil i ferdighetsutførelsen ikke ble rettet opp i løpet av ett års praksis. Det samsvarer med funnene fra denne studien, hvor resultatene for en students vedkommende tyder på manglende læring og utvikling i forhold til de fleste aspekter ved handlingen og der studentgruppen som helhet fortsatt har mangler og feil ved andre observasjon samtlige burde hatt forutsetninger for å lære i løpet av åtte ukers veiledet praksis. Det bemerkes at ingen av studentene ut fra det som var observert ble ansett å mangle de nødvendige forutsetningene for tilstrekkelig faglig utvikling.

Halland (2004) understreker betydningen av jevnlig tilbakemelding underveis i læreprosessen for å redusere usikkerhet og defensive holdninger til læringsarbeidet. Anerkjennelse er en essensiell motivasjonsfaktor innenfor læring og arbeidsliv, og Halland framhever at det er viktig at det jevne arbeidet med studiene får positiv oppmerksomhet og at ikke anerkjennelsen kun reserveres for ekstraordinære prestasjoner. "Tilbakemeldinger som skal stimulere indre motivasjon, må imidlertid være spesifikke og omhandle ytelse eller kompetanse. Da kan en stimulere personlig følelse av mestring som styrker troen på egne evner og øker forståelsen for hvordan en oppnår resultater" (s.43). Slike spesifikke tilbakemeldinger forutsetter at studenten blir sett og observert i tilstrekkelig grad. Hvis ikke, blir tilbakemeldingen så generell at den verken fungerer som konstruktiv kritikk eller som drivkraft for videre læring og utvikling.

Kvale og Nielsen (2003a) beskriver ulike ressurser og barrierer i læringslandskapet på arbeidsplasser. En av barrierene for læring er manglende adgang til læringsmessige ressurser på arbeidststedet, for eksempel at det ikke er erfarne praksisutøvere til stede, eller

at det ikke er anledning til å arbeide sammen med eller observere disse. De omtaler også likegyldighet, manglende feedback og anerkjennelse som barrierer for læring og hevder at det kan medføre at den lærende ikke får de faglige peilingspunkter som er nødvendig for å utvikle faglighet. Samtidig framhever de den betydning konstruktiv tilbakemelding har for å få et engasjert forhold til det praksisfellesskapet studentene er en del av. I teorikapitlet belyses det relasjonelle aspektet ved læring i naturlige settinger. Resultatene fra observasjoner og intervjuer med student A og B kan illustrere betydningen av å betrakte individ og læring ut fra de relasjoner de inngår i. Dette bør imidlertid forstås i lys av personlige forutsetninger og den måten den enkelte student deltar i læringslandskapet på. Kvale og Nielsen (2003a) bruker begrepet "personlig læringshorisont" og sier at denne avhenger av hvordan læringsmiljøet er innrettet, men også at den utformes av hver enkelt deltaker på bakgrunn av hvor han eller hun kommer fra og er på vei. Biggs (2003) sier om læring at det er "a way of interacting with the world" (s.13). Han beskriver tre ulike oppfatninger av hvordan undervisning virker og knytter dette til tre ulike nivåer. "*Blame-the-student-teorien*" knyttes til en *førsteordens* forklaring på læring som en funksjon av *individuelle forskjeller* hos studentene. *Andreordens forklaring* er en "*blame-the-teacher-teori*" der læring forklares som en funksjon av læreres *undervisning*. I følge *tredjeordens forklaring* er læring en funksjon av *studentenes læringsaktiviteter*. Denne teorien bygger på kontekstuelle forklaringer, fordi læringsaktivitetene er å forstå som resultater av spillet mellom det *studentene* og det *lærerne* bringer med seg inn i undervisnings- og læringsmiljøet og studentenes *opplevelse* av det konkrete læringsmiljøet. Pettersen (2005) refererer til Biggs og sier at vi bruker "*blame-the-student-teorier*" når vi forklarer manglende læring og utvikling med manglende forutsetninger hos studenten. Pettersen mener at man også innenfor moderne pedagogisk retorikk kan finne disse teoriene implisitt i uttrykk som "ansvar for egen læring" og krav til studentene om å være "selvregulerte og selvstyrte" i sine læringsaktiviteter og studier. (Pettersen 2005, s.25). De ulike studentenes læringsresultater og utsagn i intervjuene både om egen rolle, om sine "lærere" og om læringsmiljøet på praksisstedene, viser betydningen av forståelse av undervisning og læring på *tredje nivå*.

Innenfor didaktisk relasjonstenkning framheves læreforutsetningene som fundamentet i undervisnings- og læreprosessen (Hiim og Hippe 1998). Ut fra et flerdimensjonalt syn på læring og undervisning er det samtidig slik at det intersubjektive forholdet i læreprosessen

er grunnleggende. Det relasjonelle og kontekstuelle aspektet ved læringen framheves blant annet i det Hiim og Hippe (2001) skriver om mesterlæring innenfor profesjons- og yrkesutdanninger:

”Mesterlæring foregår i et praksisfellesskap i sosiale kontekster hvor man også lærer roller, verdier, kulturelle, økonomiske og politiske forhold. Læreprosessen foregår i et samspill med omgivelser og teknologi som er preget av hvilke kolleger som er til stede, hvilke tekniske hjelpemidler som finnes, hvordan kundene reagerer, osv. Dette innebærer en flerdimensjonal og rikt strukturert læreprosess, som er forskjellig fra formalisert, strengt strukturert læring”( s.88).

På et sykehjem, der mange av pasientene har komplekse behov, skal grunnleggende praktiske ferdigheter læres i et mangfold av roller, verdier og kulturelle forhold. For studenter som er ”gjester” i miljøet, som ikke kjenner pasientene og miljøet så godt og som i begynnelsen av utdanningen fortsatt har begrenset kunnskaps- og erfaringsbakgrunn, vil følelsen av å komme til kort lett kunne bli framtreddende, i alle fall for noen. Selvtillit og tro på egne forutsetninger og prestasjoner er en viktig drivkraft for læring. Fordi læringen i naturlige settinger skjer i relasjoner med andre mennesker, vil studenten ha behov for bekreftelse fra disse andre menneskene på at man fungerer som en brukbar del av fellesskapet og at andre ser de potensialer man har. Selv om studentene er i periferien av arbeidsfellesskapet (Heggen 1995), foregår læreprosessen i samspillet med de omgivelsene arbeidsfellesskapet er en vesentlig del av.

Dersom man anser det relasjonelle og kontekstuelle aspektet ved læreprosessen i naturlige settinger som betydningsfullt for studentenes læring, blir det også viktig å sørge for god kvalitet på dette området. Intervjuene indikerer at fire av studentene i denne studien opplevde læringsbarrierer i form av manglende rollemodeller, begrenset mulighet til å bli observert og arbeide sammen med erfarne sykepleiere, begrenset tilbakemelding og begrenset mulighet for å reflektere sammen med kyndige veiledere i forbindelse med handlinger i praksis. Manglende eller negativ utvikling og feil som ikke ble korrigert kan ses i lys av disse barrierene i læringslandskapet. I læringslandskapet finnes både ressurser og barrierer, og studentenes personlige læringshorisont og læringsbaner vil avgjøre hva som betraktes som barrierer og ressurser for den enkelte og i hvilken grad det påvirker hans læring og utvikling (Kvale og Nielsen 2003a). Både observasjoner og intervjuer viser at studentene er forskjellige. Blant annet ser man det klart i beskrivelsen av studentene i resultatdelen. I didaktisk sammenheng vil det være betydningsfullt å se det relasjonelle

aspektet ved læringen i sammenheng med hver students individuelle lærings- eller deltakerbane (Dreier 1999) og være bevisst på ressurser og barrierer som i tillegg til å påvirke om en handling utføres korrekt eller ikke, også er essensielt for studentenes selvtillit, motivasjon, engasjement og utvikling av faglig identitet.

Bjørks modell (1999) viser kompleksiteten i hver enkelt sykepleiehandling når denne utføres i pasientrelasjoner. Novisen, eller sykepleierstudenten i begynnelsen av sin utdanning skal ikke bare håndtere denne kompleksiteten i hver enkelt av alle de handlingene de skal lære å utføre. De skal også lære å utføre disse handlingene i en setting som setter store krav til blant annet samarbeidsevne og fleksibilitet. Fra utdanningsinstitusjonenes side bruker man relativt mye ressurser på veiledning av studenter i kliniske studier. Dette er imidlertid blitt mer og mer en veiledning fra sidelinjen, hvor utdanningens lærere i stadig mindre grad følger studentene og ser dem i pasientrettet arbeid. Dette er stort sett overlatt til praksisfeltet. Der opplærings- og veiledningsaspektet er godt ivaretatt av praksisstedet, kan dette anses som en god løsning. Det forutsetter imidlertid at den aktuelle kliniske settingen har tilstrekkelig ressurser i form av tid og personer med adekvat faglig og pedagogisk kompetanse. I forslag til revidering av rammeplan for sykepleierutdanningen (UHR 2006) understrekes betydningen av kvalitet i veiledning og opplæring i kliniske studier ved forslag til følgende tillegg i nåværende rammeplan:

”Det bør etableres et korps med kompetente veiledere ved det enkelte praksissted. De som skal være veiledere må fortrinnsvis ha minimum to års yrkeserfaring samt veilederopplæring. Veiledere må være i stand til å veilede studenten og evaluere deres faglige utvikling, herunder også etiske og moralske aspekter ved yrkesutøvelsen” (s.27).

Å kartlegge praksisstedene jevnlig med tanke på læringsmiljø, samt opplærings- og veiledningskapasitet, bør således være en sentral del av sykepleierutdanningenes kvalitetssikringssystemer. Dersom læringspotensialet i de kliniske studiene skal utnyttes, fordrer det at studenter i samspill med kompetente veiledere og rollemodeller kan utvikle sine ferdigheter og sin handlingskompetanse ut fra den enkelte students forutsetninger.

### **5.6.2 Betydningen av en trygg læringsarena**

Det å lære, er å våge. Halland (2004) beskriver hvordan menneskene har to grunnleggende og motstridende behov; - behovet for trygghet og behovet for vekst. Dersom

trygghetsbehovet får dominere, blant annet fordi man ønsker å beskytte seg når man føler at man kommer til kort, kan dette medføre motstand mot læring av nye oppgaver, samt passivitet og unnvikelse. Mange sykepleiestudenter som ikke har erfaring fra lignende arbeid tidligere, møter den første kliniske praksisperioden med en blanding av positiv forventning og frykt for ikke å strekke til. Student A fortalte i intervjuet at hun var veldig spent og *"kanskje litt redd"*. Hun sier videre:

*"...altså det var jo litt skummelt i begynnelsen, første dagene og sånt. Sånn ... klarer jeg dette her, da og ja ... om jeg liksom kunne klare å gjøre dette her på egen hånd en gang..."*

På spørsmål om hvordan det hadde vært å være på avdelingen sier hun følgende:

*"... det er kanskje litt sånn at de andre på avdelingen har vært litt lite behjelpelige, da, til... altså hvis vi spør om hjelp om ting, så har de liksom helst ikke villet hjelpe oss, så vi studentene har hjulpet hverandre, da. Så det har jo gått, men det er jo litt dumt, liksom, at vi får den tilbakemeldinga at de helst ikke vil hjelpe oss."*

Studenten understreket at det også hadde vært noen som hadde vært *"snille"* og hjulpet dem, men syntes det hadde vært *"litt vanskelig"*.

Man bør unngå å gjøre læringsarenaen til et sted der studenter får stimulert forsvarsbehovet. Lærere og andre har en sentral rolle i å utvikle og påvirke læringsklimaet slik at støtte, oppmuntring og undring blir sentrale verdier. Fordi læring forutsetter aktivitet, prøving og eksponering, kan en god læringsarena beskrives som et sted der det finnes en viss risikokultur, som motsetning til en fasitkultur (Halland 2004). Studenter i klinisk praksis lærer samtidig i en *"context of doing"* (Bjørk 1999, 2003), der det av hensyn til pasientene ikke kan tillates prøving og feiling i samme grad som i skolesettingen. Balansen blir imidlertid å skape en læringsarena der studentene tør å gi seg i kast med nye læresituasjoner og tør ta ut det potensialet de har for læring, samtidig som pasientenes integritet og sikkerhet ivaretas på en god måte. I intervjuer med toppidrettsutøvere understrekes betydningen av å ha et støtteapparat og et godt *"team i ryggen"* for å prestere maksimalt (Halland 2004). Kunnskaper og ferdigheter utvikles gjennom øving, men det som presteres er i tillegg et resultat av de holdningene vi møter utfordringer med, og her er støtteapparatet, enten det dreier seg om idrettsutøvere eller sykepleiestudenter, av essensiell betydning. Muligens har et *"manglende støtteapparat"* vært en medvirkende faktor til manglende og negativ utvikling hos student A.

### 5.6.3 Medstudenters rolle i læreprosessen

På spørsmål om hvem som hadde hatt betydning for deres faglige utvikling i praksis framhevet både student A og student F at medstudenter hadde vært viktige for dem. Det å utveksle erfaringer med medstudenter hadde i noen grad kompensert for manglende oppfølging fra kontaktsykepleier og det øvrige personalet på avdelingen. For student A hadde det vært positivt å snakke med andre studenter som fortalte om lignende erfaringer. Det syntes imidlertid som om medstudentenes innflytelse for hennes vedkommende mer hadde vært en mental støtte – noe som hadde gjort det lettere å fungere i praksissituasjonen – enn en ressurs i forhold til utvikling av et mer kompetent handlingsmønster. Medstudentenes rolle kan i denne sammenhengen vurderes å ha både positiv og negativ betydning. Dersom støtten og forståelsen hun fikk, kun fungerte som en glaser utenpå en meget usikker tilnærmingssåte, kan det ha hindret henne i å se at hun faktisk hadde mye å ta tak i for å kunne utvikle seg videre. I intervjuet sier hun at flere opplevde situasjonen på samme måte som henne. Det er viktig å kunne snakke med noen om negative erfaringer, å få satt ord på det som er vanskelig og kanskje oppleve at man ikke er alene. Men det er også en fare for at dette kan føre til at man legger mer vekt på det negative og omgivelsenes betydning enn det som er konstruktivt for læreprosessen. Student F hadde en medstudent på samme avdeling som hun reflekterte mye sammen med over ulike hendelser i praksis. Hun framhevet også betydningen av praksisgruppene de hadde jevnlig sammen med lærer der ulike aspekter ved praksis var gjenstand for refleksjon og diskusjon. Praksisgruppene var på det aktuelle tidspunktet det eneste organiserte tiltaket fra utdanningens side for å gjøre studentene delaktige i hverandres læreprosess. Flere studier de senere årene (Yates m.fl. 1997, Owens & Walden 2001, Goldsmith m.fl. 2006 og Halse & Hage 2006) framhever "peer learning" som en viktig læringsstrategi for å utvikle praktiske ferdigheter i så vel øvingslaboratorium som i kliniske studier. Blant annet viser studiene at "peer learning" i tillegg til å bidra til større trygghet og personlig vekst i kliniske praksissituasjoner også kan bidra til å øke studentenes mestring når det gjelder utførelse av grunnleggende praktiske ferdigheter. For student A og student F var den støtten de fikk fra medstudenter tilfeldig. Med en mer bevisst organisering av studentenes læringsaktiviteter med tanke på dette kan medstudenter fungere som viktige ressurspersoner for hverandre og således bidra til bedre utnyttning av læringspotensialet.



#### **5.6.4 Andre læremestere i praksis**

Student C hadde framgang på de fleste områdene av modellen fra første til andre observasjon. Under første observasjon hadde hun ansvaret for en pasient som var klar og orientert, men som man måtte kommunisere med på en bestemt måte for å få kontakt med henne. Blant annet fordret pasientens tilstand at den som skulle hjelpe henne måtte være tålmodig, vente på svar og gjøre ting i pasientens tempo. Og som hos andre pasienter som har vansker med å kommunisere verbalt, måtte man være i stand til å se og forstå denne pasientens nonverbale uttrykk. Ved andre observasjon hadde studenten ansvaret for en annen pasient. Også denne pasienten hadde utfordringer knyttet til morgenstellet. Hun hadde hatt pneumoni og vært dårlig den siste tiden, hun hadde KOLS, hadde amputert det ene benet under kneet og ble hjulpet på med protese ved hvert morgenstell. Hun var imidlertid en meget utadvendt og kontaktsøkende dame som også klart kommuniserte hvordan hun hadde det og hvordan enkelte prosedyrer skulle utføres. Fordi hun så klart kommuniserte hva hun syntes, fikk studenten tilbakemelding på hvordan hun utførte arbeidet hver gang hun hjalp henne. Selv om denne studenten hadde flere unøyaktigheter både i første og andre morgenstell, utførte hun enkelte prosedyrer som pasienten var svært nøye med, helt nøyaktig. Pasientene er selv eksperter på hvordan de har det i situasjonen, og denne pasienten var i stand til å formidle dette til de som hjalp henne. Den andre pasienten kunne også vært læremester, dersom studenten hadde blitt observert og veiledet gjennom morgenstellhandlingen av noen som kjente pasienten og hadde kunnskaper knyttet til hennes tilstand. Studenten kunne lært mye om det å se og forstå nonverbale signaler, hvordan man kommuniserte og samhandlet i en slik situasjon og hvordan man kunne gjort morgenstellsituasjonen til en god opplevelse også for denne pasienten.

Larsen (2003) skriver om aspekter som han betegner som skjulte læringsressurser i sykepleiestudentenes kliniske praksis. Han mener studenten er i kroppslig dialog med den ytre verden og manipuleres og undervises av den, enten det er arkitekturen eller redskapene som brukes. Larsen trekker også fram bruk av alternative læremestre i praksis, for eksempel pleiepersonale, medstudenter og pasienter. Disse læringsressursene i praksis mener han medvirker til at det formidles sentral faglig viten og at bevisstheten om dem kan bidra til ”en dybere forståelse og respekt for praktikuddannelsens egenart og til at utfordre rationalistiske forestillinger om relationer mellom undervisning og læring” (s.156). Larsens perspektiv på læring i praksis er interessant som motvekt til et skolestisk syn som han

hevder i for stor grad framhever den teoretiske kunnskapens betydning for læring av praktisk skjønn og praktiske handlingsmønstre. Den naturlige settingen er en kompleks lærearena, og pasientene student C hadde ansvaret for, kan være en illustrasjon på faktorer for læring og utvikling i praksis man muligens ikke har anerkjent og tatt i betraktning i tilstrekkelig grad når praksisstudier skal studeres eller organiseres.

Som beskrevet i teoridelen er studietiden for sykepleiestudenter i praksis redusert fra 3450 i 1967 til 1500 i nåværende rammeplan (Fagermoen, 1993 og UFD 2005). En så drastisk reduksjon i denne delen av utdanningen fordrer at den tiden man har igjen, utnyttes maksimalt med tanke på utvikling av den handlingskompetansen utdanningen i følge rammeplanen (UFD 2005) har ansvaret for. Resultatene fra herværende og andre studier (Christiansen 2003, Orland-Barak & Wilhelem 2005) samt momenter som er trukket fram i diskusjonen ovenfor, indikerer et mulig uutnyttet læringspotensiale i studentens praksisstudier og at man muligens bør organisere disse studiene mer i samsvar med de læringsressurser og barrierer som finnes innenfor denne settingen. Det kan blant annet gjøres ved å utvikle læringsredskaper som gjør det mulig å utnytte læresituasjoner i en uforutsigbar praksisvirkelighet. Utvikling av handlingskompetanse forutsetter utvikling av faglig skjønn. Christiansen (2003) foreslår at utdanningen i større grad bør tilrettelegge for at sanselige kunnskaps- og innsiktsformer gjøres tilgjengelig for refleksjon og formidling. Nedenfor diskuteres Bjørks modell for ferdighetsutførelse (1999) som et mulig bidrag til å utnytte og lære av handlinger i praksis.

## **5.7 Modellen som vurderings- eller lærings- og refleksjonsredskap i praktiske studier**

Pettersen (2005, s.17) sier om didaktikkens praktisk-teoretiske anliggende at det er ”å utvikle begreper og modeller på en systematisk og prinsipiell måte som gir *bedre forståelse* av pedagogisk praksis og *bedre grep om* det praktiske undervisningsarbeidet.” I utgangspunktet ønsket jeg kun å bruke Bjørks modell som et analyseredskap for å se hva jeg kunne finne av karakteristika og endringer knyttet til læring og utvikling av studentenes grunnleggende ferdigheter. Resultatene fra analysen indikerer imidlertid at modellen også kan anvendes i vurderingen av studentenes handlinger, samt som et verktøy for refleksjon

og læring i praksis. Bjørk (1999, 2003, 2005) framhever selv modellen som et mulig didaktisk læringsverktøy i flere av publikasjonene sine.

### **5.7.1 Modellen som vurderingsredskap**

Beskrivelsene av hver enkelt student i forhold til modellens ulike komponenter viser hvordan man ved å analysere en handling ved hjelp av modellen får fram konkrete aspekter ved handlingen studenten mestrer eller ikke mestrer ved hver handling / observasjon. I så måte er den et vurderingsinstrument som går direkte på studentenes handlinger og som representerer en annerledes måte å vurdere studentene på enn det som er vanlig. Dette kan være en måte å vurdere utførelsen av enkelthandlinger eller prosedyrer når de skjer i den kliniske settingen. Handlingene og prosedyrene kan være knyttet opp mot læringsmål, læringsfokus og læresituasjoner, men kan også vurderes separat. Modellen behøver derfor ikke ses på som et alternativ til den vurdering som omhandler studentenes praksis totalt, men et interessant tilleggsredskap for å vurdere studenter underveis i en klinisk praksisperiode. Et slikt redskap vil kunne være nyttig både for lærere, praksisveiledere / kontaktsykepleiere og for studentene selv (Bjørk 2003). Ved å bruke modellen i analysen av studentenes handlinger i denne studien, kom det blant annet fram at student A hadde negativ utvikling i forhold til komponentene flyt og integrasjon og antakelig hadde trengt spesiell oppfølging og hjelp knyttet til de forutsetningene hun hadde når det gjaldt å få flyt og sammenheng i det hun gjorde. Lauvås og Handal (2000) beskriver evaluering som en naturlig del av praktisk veiledning ved at det praktiske arbeidet fortløpende vurderes i forhold til de krav praksisfeltet stiller til yrkesetikk, praktisk atferd og teoretisk innsikt. De hevder at veiledningen blir uten innhold uten en slik løpende eller *formativ* evaluering, som handler om å se det utviklingsnivået utøveren er på i en gitt situasjon i forhold til reelle yrkeskrav. Formativ evaluering har blant annet som hensikt å identifisere hva det må arbeides videre med. Fordi læring og utvikling i kliniske studier innebærer mer enn mestring av praktiske ferdigheter, vurderes modellen som et konstruktivt bidrag til en slik formativ evaluering.

### **5.7.2 Modellen som lærings- og refleksjonsredskap**

Det å reflektere over de erfaringene man gjør, er betydningsfullt for å lære og utvikle seg i forhold til disse erfaringene. Molander (1993) sier at det faglige skjønnets utvikles i en

dynamisk vekselvirkning mellom egen forståelse og situasjon. Denne dynamiske vekselvirkningen er en betingelse for kunnskapsutvikling gjennom handling. Profesjonell faglighet karakteriseres av at det kontinuerlig foregår en evaluering og refleksjon i forbindelse med praktisk handling, noe som bidrar til at utøveren utvikler seg som fagperson eller stadig utvikler sin kompetanse (Hellestøl 2000). Forneris & Peden-McAlpine (2007) beskriver kritisk refleksjon i praksis som en bevisst tankeprosess karakterisert ved forståelse innenfor en kontekst og hevder at systematiske studier i forhold til reflektert praksis foruten å utvide og utvikle studenters og yrkesutøveres kunnskapsgrunnlag, også vil bidra til en syntese mellom praktisk og teoretisk kunnskap og stimulere til dialog mellom skole og praksis.

Studentene sa i intervjuene at det stort sett var i praksisgrupper og sammen med lærer (og noen ganger medstudenter) de reflekterte over handlinger i praksis. Bortsett fra student B, der kontaktsykepleieren stilte spørsmål og ba henne begrunne observasjoner og handlinger, var det ingen av studentene som hadde refleksjonssamtaler med kontaktsykepleierne eller andre på avdelingen. Observasjonene og intervjuene antydte mange aspekter det både hadde vært spennende og viktig å reflektere over. Disse aspektene knyttet seg så vel til konkrete handlinger som mer generelle opplevelser knyttet til det å lære i en klinisk setting. Som beskrevet i forrige avsnitt, indikerer analysen at hver av modellens komponenter igjen er knyttet til flere ulike aspekter ved handlingene. Ved siden av det tilbakemeldingsaspektet det ligger i å få klarhet i hva man får til og hva man ikke mestrer så godt i en handling, ligger det således i de ulike modellkomponentene en mulighet for faglig refleksjon over alle de aspektene som er tilknyttet en bestemt handling i en aktuell kontekst (Bjørk og Kirkevold 1999, Bjørk 2003, Bjørk 2005). En slik refleksjon vil kunne knyttes til det Saugstad Gabrielsen (2003) beskriver som praktisk kunnskap eller deltakerkunnskap og som er nødvendig for at den som handler skal "kunne begå seg i det praktiske felt" (s.193). Deltakerkunnskapen er en "indøvedhedens kundskab" som viser seg både ved mestring av den praksis som utføres og ved en evne til å tolke den aktuelle konkrete situasjonen i forhold til hvilken allmenn og generell viten som settes i spill i den gitte situasjonen.

Praktisk handling utført i naturlige settinger kan gi muligheter til å integrere kunnskap fra ulike deler av pensum, og gode redskaper eller knagger kan gi muligheter for den faglige

refleksjonen som er nødvendig for å få dette til. En faglig refleksjon over for eksempel sammenhengen mellom nøyaktighet og velvære knyttet til en spesiell pasientkontekst, fordrer at studentene bruker både egne erfaringer og tanker og teoretisk kunnskap fra ulike deler av pensum innenfor sykepleie og støttfag. På denne måten tar man utgangspunkt i en handling – eller en funksjon – og får fram den kunnskapen som belyser eller begrunner handlingen (Hiim og Hippe 2001).

Fra utdanningens side er innholdet i de kliniske studiene fastlagt og beskrevet i form av for eksempel mål, læresituasjoner, veiledning og vurdering, samt kriterier for godkjent og ikke godkjent praksis. Planene beskriver en generell struktur og generelle krav som er lik for alle studenter og som skal bidra til å sikre kvaliteten på praksisstudiet og resultatet av det i forhold til samfunnets krav til profesjonens eller yrkets utøvere. Samtidig er praksisstudiene preget av kompleksitet og uforutsigbarhet, og det er ikke alltid lett for studentene å strukturere og tilpasse sine kliniske studier ut fra utdanningens læringsopplegg, som ofte er preget av en teoretisk logikk (Callewaert 2001) og ”skolske” oppgaver (Heggen 1995). Mens en mer fastlagt og generell struktur må være så vid at den passer for alle, kan ferdighetsmodellen være et redskap for den enkelte student og hennes læringsprosess. Siden modellen både tar utgangspunkt i den enkelte students prestasjoner og aktuelle handlinger der og da, er den et instrument som er fleksibel både i forhold til situasjon og kontekst og den enkelte students forutsetninger og deltakerbaner (Hiim og Hippe 1998, Dreier 1999). Et utvidet kunnskapsbegrep innbærer blant annet at kunnskap kan betraktes som en prosess som utvikler seg i et spenningsforhold mellom praktiske utfordringer, refleksjon over gjennomføring og utvidelse av forståelsen (Hiim og Hippe 2001). I de praktiske handlingene ligger det potensialer for læring som muligens først blir fullt utnyttet når man anerkjenner dem som viktige kunnskapskilder i seg selv. Hiim og Hippe (2001) mener man innenfor profesjonsutdanningene kan finne en overdreven tro på generelle begreper og teorier som foreskrivende for praktisk handling og hevder at dette kan virke konserverende og hemme studenters utvikling av kompetanse. De beskriver funksjonsbaserte læreplaner som er strukturert rundt sentrale yrkesoppgaver og er basert på analyser av yrkeskunnskapens grunnleggende egenskaper og struktur. Ved å ta utgangspunkt i funksjoner og oppgaver kan man i spenningsfeltet mellom generell kunnskap (tilskuerkunnskap) og det mer konkrete og kontekstuelle (deltakerkunnskap) utvikle ny yrkeskunnskap (Hiim og Hippe 2001, Saugstad 2003).

Pettersen (2005) framhever betydningen av didaktiske modeller som verktøy i analyse- og tolkningsarbeid, planlegging, organisering, gjennomføring og evaluering av undervisning og skriver at slike modellers primære funksjon er å ”kaste lys over og løfte pedagogisk praksis opp til en større selvforståelse som utgangspunkt for å utvikle og forbedre pedagogisk praksis både på individuelt og kollektivt nivå” (s.51). Modellen for ferdighetsutførelse kan hjelpe studenter, veiledere og lærere å utnytte den kunnskap og det læringspotensialet som ligger i en aktuell praktisk handling, slik den måtte framstå. Den vil således kunne være et konstruktivt tillegg til generelle strukturer og planer for praksisstudiene og bidra til å utvikle og forbedre pedagogisk praksis i forhold til ferdighetslæring i naturlige kliniske settinger.

## **5.8 Kritik av modellen**

Bjørk (Bjørk 1999, Bjørk og Kirkevold 1999, Bjørk 2005) ønsket med modellen for ferdighetsutførelse å fange inn og synliggjøre den kompleksiteten som ligger i å utføre prosedyrer eller praktiske handlinger når de knyttes til situasjon og kontekst og til relasjonen til syke mennesker. Når handling som morgenstell skal analyseres ved hjelp av en modell som denne, ser man likevel at det ikke er enkelt å få virkeligheten til å passe inn i en modells ulike komponenter. Bjørk utviklet modellen induktivt ut fra analyse av observasjoner og videoer som viste deltakernes utførelse av to ulike prosedyrer. I min studie er modellen brukt deduktivt, der modellens komponenter fungerte som begreper eller kategorier handlingen ble analysert ut fra. Analysen viste at modellen var vid nok til å favne det meste av studentenes handlinger. Det var også spennende at så mange faktorer knyttet til de enkelte komponentene kom fram under analysen. Dette indikerer at modellen kan brukes på mange måter og at den berører mange aspekter av utførelsen. I så måte gir denne modellen en type systematikk som gir utvidede muligheter for å se, tolke og forstå handlinger. Det at analysen frambrakte så mange faktorer knyttet til ferdighetsutførelse, viser at mange forhold spiller inn i praktisk ferdighetsutførelse i naturlige settinger og bidrar til å bekrefte at modellen viser praktisk ferdighetsutførelse i et vidt perspektiv (Bjørk 1999, Bjørk og Kirkevold 1999).

Noe av utfordringen med modellen viste seg i at det ikke – i forhold til den handlingen jeg valgte – alltid var selvsagt hvor de ulike handlingssekvensene skulle plasseres innenfor modellens komponenter. Mange handlingssekvenser kunne relateres til flere deler av modellen. Manglende substans kan for eksempel også være manglende nøyaktighet og manglende omsorg. Når det ikke blir skiftet vann før man vasker pasienten nedentil, kan dette tolkes både som et trinn som mangler og manglende nøyaktighet i forhold til korrekt utførelse av prosedyren. Når studenten ikke tildekker pasienten nedentil, kan dette både henvise til manglende substans og til mangelfull omsorg, fordi pasienten blir krenket. Komponentene ”integrasjon” er plassert mellom komponentene ”flyt” og ”omsorg”, og det var utfordrende og ikke alltid mulig å skille ut hva som var hva. Samtidig syntes det på resultatene fra analysen at disse tre komponentene kan ses på som uttrykk for en stigende kompleksitet i forhold til hvor ”helhetlig” studentene var i stand til å utføre handlingen. Resultatene indikerer også delvis at den ene komponenten kan ses som forutsetning for den neste. Uten at studenten utvikler flyt i handlingen, utvikler hun heller ikke integrasjon, og uten et integrert handlingsmønster vil man ikke ha forutsetning og oversikt nok til å se og forstå det som er nødvendig for profesjonell omsorgsutøvelse.

Bjørk har i sin illustrasjon og omtale av modellen antydnet at modellens ulike komponenter henger sammen. Modellen er en sirkel der det ikke er vanntette skott mellom komponentene, og slik illustrerer den at handlingen også må ses på som en helhet. Dette kan antyde at modellen er mer egnet som et kvalitativt enn et kvantitativt instrument når det gjelder å analysere handlinger, særlig de av en så kompleks karakter som kroppsstell. Det som framkom av denne studiens analyse, egnet seg best for kvalitative beskrivelser knyttet til de aktuelle deltakerne. Dette kan selvsagt relateres til metoden som er benyttet for å registrere studentenes handlinger i morgenstellsituasjonen. En observasjon vil ikke kunne gi en eksakt beskrivelse av utførelsen. Bruk av video vil gi en mer detaljert framstilling som i større grad vil kunne gjøres til gjenstand for kvantitative analyser av handlingen. Samtidig vil det fortsatt være slik at de ulike komponentene henger sammen og farger hverandre, og det synes også problematisk å gjøre omsorgsdelen til gjenstand for kvantitative eller eksakte framstillinger.

Clark sier følgende i sin innledning til ”Sykepleiens Natur” (Henderson 1998): ”Problemet er at i våre forsøk på å forklare, rettferdiggjøre eller analysere sykepleien risikerer vi å

redusere den til summen av dens enkelte bestanddeler, og dermed mister vi den styrken som ligger i helheten.” (June Clark i ”Sykepleiens natur”, s. 13). I teoridelen ble det understreket at modeller og teorier kan bidra til å gjøre et ulendt terreng mer oversiktlig (Barnum 1998), men aldri vil kunne fange inn hele virkeligheten. Å være seg bevisst denne begrensningen bør være utgangspunktet for all bruk av både modeller og teorier. Innenfor sykepleiefaget har det vært en utstrakt utvikling og bruk av teorier og modeller de siste tiårene, og holdningen til hvordan disse kan hjelpe oss å organisere virkeligheten og handle i den har ikke alltid vært like edruelig. Meleis (1997) sammenligner en ukritisk bruk av teorier med å prøve å få firkanter til å passe inn i runde hull. I herværende studie har Bjørks modell for ferdighetsutførelse fungert som et utforskende instrument eller redskap som ved siden av å ha generert kvalitative beskrivelser også har løftet fram noen spørsmål til og forhold ved praktisk ferdighetsutførelse i sykepleiestudenters første kliniske studier på sykehjem. Hensikten har vært å belyse *noen* aspekter ved praktisk ferdighetslæring i en klinisk setting, det har ikke vært å favne eller forklare en kompleks virkelighet.

## 5.9 Avslutning

Innholdet i drøftingen ovenfor bærer preg av at modellen for ferdighetsutførelse har fått en større betydning for denne studien enn den var tiltenkt når studien ble planlagt. Modellens betydning i forhold til karakteristika ved ferdighetsutførelsen, samt læring og utvikling av disse, ble tydelig i løpet av analysen av observasjonsmaterialet. Det viser hvordan metode og redskaper som er en del av denne, ikke bare påvirker de resultater som framkommer, men også farger hele forskningsprosessen. Den siste delen av drøftingskapitlet, der ulike forhold ved modellen beskrives og diskuteres, bør imidlertid ses i relasjon til flere faktorer ved studentenes læring og utvikling i praksis. Læring og utvikling, også i denne sammenhengen, må forstås i lys av en tett kobling mellom læringsmiljøets undervisningskvaliteter og kvaliteten på studentenes læringsprosesser og læringsresultater i den kliniske settingen (Pettersen 2005).



## 6.0 KONKLUSJON

En viktig intensjon med kvalitetsreformen (KUF 2000-2001) er at flere studenter i større grad skal lykkes med sine studier. Pettersen (2005) hevder at studenter og studentgrupper vil forholde seg på ulike måter til lærings- og undervisningsmiljøet, uansett hvilke undervisnings- og læringsformer man velger. I den forbindelse understreker han: ”Jo bedre vi kan forklare og begrunne hvorfor og hvordan studenter forholder seg *kvalitativt forskjellig* til undervisning og læring, desto bedre vil vi lykkes med å implementere reformens anvisninger i tråd med intensjonene” (s.30). Utvikling av handlingskompetanse i forhold til grunnleggende ferdigheter i sykepleierutdanningen fordrer at man setter søkelys på og stadig utvikler forståelsen for hvordan ulike studenter forholder seg på ulike måter til de erfaringene de møter og skal lære av i praksis.

Herværende studie har fokusert på læring og utvikling i en avgrenset del av sykepleierutdanningen. Ved å ta utgangspunkt i en grunnleggende sykepleiehandling, i dette tilfellet morgenstell av pasienter på sykehjem, har jeg forsøkt å belyse noen forhold ved praktisk ferdighetsutførelse og læring og utvikling av disse i en naturlig setting. Studien har dessuten blitt en fordypning i en modell for praktisk ferdighetsutførelse (Bjørk 1999) og de aspekter og begreper som knyttet seg til handlingen gjennom modellens ulike komponenter. Når praktiske ferdigheter skal læres og utføres på klinikkens læringsarenaer, innebærer det relasjonelle og kontekstuelle aspektet en kompleksitet som antyder rike læringsmuligheter. Men studien viser også at denne kompleksiteten gir didaktiske utfordringer når studentens læring i klinikken skal planlegges og organiseres fra utdanningens side, og det indikeres at mulighetene for læring ikke utnyttes i tilstrekkelig grad.

Kompleksiteten i ferdighetslæringen når den skjer innenfor kliniske læringsarenaer fordrer blant annet gode læringsredskaper både for den som skal lære og de som skal være veiledere og formidlere av kunnskap. Resultatene fra denne studien indikerer at Bjørks modell for ferdighetsutførelse kan være et mulig redskap for vurdering og refleksjon i forhold til studentenes praktiske ferdighetslæring. Videre utprøving og utvikling av

modellen både i forhold til ferdighetslæring i øvingsavdelingen og i praksis ses som fruktbart i lys av dette.

De kliniske arbeidsfellesskapene er sentrale for studentenes læring av praktiske ferdigheter. Innenfor sykehjemssettingen har studentene muligheter for å lære grunnleggende ferdigheter i sykepleie knyttet til personer med relativt store og komplekse pleiebehov. Men det er også praksissteder der det ikke er selvsagt at den kompleksiteten studentene møter i forhold til pasientenes behov for både faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (HD 1999), står i forhold til faglig kompetanse hos personalet og tilstrekkelig opplæring og veiledning (Rummelhoff 2003, Lillemoen 2006). Fra utdanningsinstitusjonenes side blir det derfor en utfordring å legge til rette for læring og hjelpe studentene å se de faglige utviklingsmulighetene som ligger i det å hjelpe disse pasientene med grunnleggende stell og pleie. Å sette søkelyset på praktisk ferdighetsutførelse i lys av en grunnleggende sykepleiehandling som kroppsstell har synliggjort potensialene for læring som ligger i denne handlingen (Karoliussen 2002). Videre studier som belyser læringsressurser og læringsbarrierer (Nielsen og Kvale 2003b) i praksisstudier på sykehjem er nødvendig både for å få større innsikt i studentenes læreprosess og for å sikre kvaliteten på praksisstudiene. Gjennom dette har utdanningen også mulighet til å være med å styrke kvaliteten på tjenesten til pasientene (Alvsvåg og Førland 2006).

Det er behov for ytterligere studier for å øke forståelsen for *hvordan* sykepleiestudenter utvikler sin handlingskompetanse som sykepleier. Her er det vesentlig å studere både den undervisning og læring som foregår i skolesettingen og den som foregår i kliniske settinger (Fagermoen 1998, Christiansen 2004, Alteren & Bjørk 2006). I utdanningenes planer skisseres mål og innhold for så vel teoretiske som praktiske studier. I lys av didaktisk relasjonstenkning (Hiim og Hippe 1998, 2001) mister man imidlertid vesentlige aspekter ved læringsforståelsen dersom det stort sett fokuseres på mål og innhold. Studentenes ulike faglige og personlige forutsetninger og læringsbaner fordrer en dypere forståelse for undervisning og læring og hvilket forhold disse to elementene har til hverandre (Pettersen 2005). Praktiske ferdigheter utgjør en vesentlig del av en sykepleiers handlingskompetanse, og derfor er videre studier av hvordan man lykkes i kvalitetslæring

på dette området essensielt for å utdanne sykepleiere med basis i en solid tradisjon og evne til å møte dagens krav til forsvarlig og omsorgsfull sykepleie:

”The real essence of nursing, as of any fine art, lies not in the mechanical details of execution, nor yet in the dexterity of the performer, but in the creative imagination, the sensitive spirit, and the intelligent understanding lying back of these techniques and skills” (Isabel M. Stewart, sitert i Hektor & Touhy 1997).

## LITTERATUR

Alteren, J. og Bjørk I. T. (2006). Studentenes læring av praktiske ferdigheter i modellavdelingen og klinikken; en utforskende studie. *Vård i Norden*, 26 (4), 25-30.

Alvsvåg, H. og Førland, O. (2006). Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden*, 26 (3), 34-38.

Angrosino, M. V. og Mays de Péres, K. A. (2000). Rethinking observation. From Method to Context. I: N. K. Denzin og Y. S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research* (s.1-28). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Bakke-Erichsen, A. og Øvrebø, R. (2004). Fra observatør til aktiv deltaker – arbeidsfellesskapets betydning for sykepleierstudenters kunnskapsutvikling i praksis. *Vård i Norden*, 24 (1), 36-41.

Barnum, S. (1998). *Nursing Theory*. Philadelphia: Lippincott.

Benum, U. (1998). Praksisstudienes kvalitet i 3-årig grunnutdanning i sykepleie. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.162-173). Oslo: Universitetsforlaget.

Biggs, J. (2003). *Teaching for Quality Learning at University*. United Kingdom: The Society for Research into Higher Education & Open University Press.

Bjerknes, M. S. og Bjørk, I. T. (1994). *Praktiske studier. Perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo: Tano.

Bjerkvik, L. (1997). *Den nyutdannede sykepleier. En beskrivende studie av behovet for faglig kompetanse og tilhørighet*. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.

Bjørk, I. T. (1988). *Utdanning av morgendagens sykepleiere*. (Publikasjonsserie nr. 3) Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Bjørk, I. T. (1995). Neglected conflicts in the discipline of nursing: perceptions of the importance and value of practical skill. *Journal of Advanced Nursing*, 22, (1), 6-12.

Bjørk, I. T. (1996). "Håndens gjerning" – er den undervurdert i dagens sykepleie? I: T. Bjerkreim, J. Mathisen og R. Nord (red.). *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørk, I. T. (1997). Changing conceptions of practical skill and skill acquisition in nursing education. *Nursing Inquiry*, 4, 184-195.

Bjørk, I. T. (1999). *Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting*. Avhandling for dr.polit.graden. Universitetet i Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.

Bjørk, I. T. (2003). Å lære praktiske ferdigheter i sykepleie. I: I. T. Bjørk og M. S. Bjerknes (red.). *Å lære i praksis: en veiviser for studenten* (s.88-109). Oslo: Universitetsforlaget

Bjørk, I. T. og Bjerknes M. S.(2003). Innledning. I: I. T. Bjørk og M. S. Bjerknes (red.). *Å lære i praksis: en veiviser for studenten* (s.11-14). Oslo: Universitetsforlaget

Bjørk, I. T. og Kirkevold, M. (1999). Issues in nurses' practical skill acquisition in nursing education. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (1), 72-84.

Bjørk, I. T. og Breivne G. (2005). Kropp og velvære. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (s.106-136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørk, I. T. (2006). Nyutdannede sykepleieres manglende praktisk sykepleieferdigheter. *Klinisk sykepleje*, 20 (4), 23-30.

Blix, E. S. og Breivik, S. (red.) (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Burnard, P. (1987). Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 189-193.

Burns, N. og Grove, S. (2001). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. Philadelphia: Saunders.

Callewaert, S. (2001). På vej mod en generel teori om professionel viden og handlen. I: K. A. Petersen (red.). *Praktikker i erhverv og uddannelse* (s.123-147). Danmark: Akademisk.

Christiansen, B. (2003). *Sykepleieryrket – i spenningsfeltet mellom rolle og person: en analyse av fire sykepleierstudenters læringsløp*. Avhandling for dr.polit.graden. Universitetet i Oslo: Det Utdanningsvitenskapelige fakultet.

Christiansen, B., Heggen, K., og Karseth, B. (2004). *Klinikk og akademia. Reforme, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christiansen, B. (2004a). Sykepleierstudentens møte med yrkesrollen – forventninger I brytningstider. I: B. Christiansen, K. Heggen og B. Karseth. *Klinikk og akademia. Reforme, rammer og roller i sykepleierutdanningen* (s.59-74). Oslo: Universitetsforlaget.

Christiansen, B. (2004b). Skolen som læringsarena I: B. Christiansen, K. Heggen og B. Karseth. *Klinikk og akademia. Reforme, rammer og roller i sykepleierutdanningen* (s.75-86). Oslo: Universitetsforlaget.

- Clark, J. (1998) Sykepleierens enestående funksjon. I: V. A. Henderson. *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år* (s.9-25). Oslo: Universitetsforlaget.
- Denzin, N. K. og Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. I: N. K. Denzin og Y. S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research* (s.1-28). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Devers, K. J. og Frankel, R. M. (2000). Study Design in Qualitative Research – 2: Sampling and Data Collection Strategies. *Education for Health*, 13 (2), 263-271.
- Dreier, O. (1995). Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). (1999). *Mesterlære. Læring som sosial praksis* (s.70-90). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M. S. (1994). Nyutdannede sykepleiere – en 10 års endringsstudie. *Tidsskrift for norsk sykepleieforskning*, 1994 (2), 13-41.
- Fagermoen, M. S. (1998a). Sykepleierutdanningen som forskningsfelt. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.342-351). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M. S. (1998b). Sykepleierens grunnkompetanse å være, å tenke og handle. I: G. Melsæther, B. Christiansen, A. Solheim og Aa. Stabell (red.). *På sykepleiefagets vegne* (s.7-18). HiO-rapport 1998, nr. 13. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Fjell, A. B. (1998). *Kroppens status og plass i dagens sykepleierutdanning*. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Forneris, S. G. og Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 410-421.
- Fredslund, H. (2003). Hermeneutisk analyse – forforståelsens betydning. I: L. Koch, og S. Vallgård (red.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (s.91-110). København: Munksgaard Danmark.
- Gabrielsen, Jonas (2001). Den teoretiske forskel eller forskellen i praksis. I: K. A. Petersen (red.). *Praktikker i erhverv og uddannelse* (s.211-221). Danmark: Akademisk.
- Goldsmith, M., Stewart, L. og Ferguson, L. (2006). Peer learning partnership: An innovative strategy to enhance skill acquisition in nursing students. *Nurse Education Today*, 26 (2), 123-130.
- Granum, V., Nåden, D. og Åsen, K. H. (1990). *"De var ikke der." En analyse og drøfting av studentenes undervisningssituasjon på sykehjem*. Oslo: Betanien Sykepleierhøgskole.

Granum, V. (1998). Praksisundervisning i sykepleierutdanningen. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.78-87). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. og Ingstad, B. (2004). Kvalitative forskningsopplegg. I: H. K. Benestad og P. Laake (red.). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hagemann, E. (2003). Sykepleieskolens etikk i korte trekk. I: K. Martinsen og T. Wyller (red.). *Etikk, disiplin og dannelses*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Halland, Geir O. (2004). *Læring gjennom stimulerende samspill. Veiledning, vurdering og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Halse, K. og Hage, A. M. (2006). An Acute Hospital Ward, Densely Populated with Students During a 12-Week Clinical Study Period. *Journal of Nursing Education*, 45 (4), 133-136.

Hammersley, M og Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Havn, V. og Vedi C. (1997). *På dypt vann – Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. Trondheim: SINTEF. STF38 A97516.

HD (1999). *Helsepersonelloven*. Oslo: Helsedepartementet.

Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heggen, K. (1998). Kliniske studier i sykepleierutdanning – nye vilkår og konsekvenser for kunnskapsutvikling. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.136-144). Oslo: Universitetsforlaget.

Hektor, L. M. & Touhy, T. A. (1997). The History of the Bath: From Art to Task? *Journal of Gerontological Nursing*. 5(23) (7-15).

Hellesløj, H. (2000). Refleksjon og sygeplejepraksis. I: L. Hounsgaard og J. J. Eriksen (red.). *Læring i sundhedsvæsenet*. København: Gyldendal Uddannelse.

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hiim, H. og Hippe, E. (1998). *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hiim, H. og Hippe, E. (2001). *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere. Yrkesdidaktikk og yrkeskunnskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Illeris, K. (2000). *Læring – aktuell læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, K. (1999). Mellom tradisjon og fornyelse – Introduksjon til den norske utgaven. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). *Mesterlære. Læring som sosial praksis* (s.5-10). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Johnsen, A. F. (1996). "Ren og velstelt." *Grunnleggende sykepleie. Banalitet eller basis?* Hovedoppgave med Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Kapstad, H. (1999). *Morgenstell – en forutsigbar handling?* Hovedoppgave med Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie – tradisjon og forandring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

KD (2005-2006). *Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Ot.prp. nr.58 (2005-2006).

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (2001). Relasjon mellom pasient og personale – en forutsetning for verdig omsorg i sykehjem. *Omsorg*, 4, 36-40.

Kristiansen, S. og Krogstrup H. K. (1999). *Deltagende observation*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Kristoffersen, N. J. (red.) (1996). *Generell sykepleie 3*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (red.) (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

KUF (2000). *Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

KUF (1992). *Revisjon av rammeplan for 3-årig sykepleierutdanning*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

KUF (1999). *Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen*. Rapport fra utvalg. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

KUF (2000-2001). *Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning*. St.meld. nr. 27. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Kultur- og vitenskapsdepartementet (1987). *Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie*.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.



- Kvale, S. og Nielsen, K. (2003). Læring på kryds og tværs i praktikkens læringslandskab. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). *Praktikkens læringslandskab. At lære gennem arbejde.* (s.248-266). København: Akademisk forlag.
- Langley, P., Fonseca, J. og Iphofen, R. (2006). Psychoneuroimmunology and health from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 15 (20), 1126-1129.
- Larsen, Kristian (2003). Krop, rum og redskaber i sygeplejeuddannelsen. I: Nielsen, K og Kvale, S (red.). *Praktikkens læringslandskab – At lære gennem arbejde.* (s.147-156) København: Akademisk Forlag.
- Larsen, Kristian (2005). Pasienten som læremester. I: T. E. Mekki og S. Pedersen (red.). *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie.* (s.611-640). Oslo: Akribe AS.
- Lauvås, P. og Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori.* Oslo: Cappelen akademisk.
- Lave, J. og Wenger, E. (2003). *Situert læring og andre tekster.* København: Hans Reitzels Forlag.
- Lawler, J. (1996). *Bak skjerm Brettene. Sykepleie, somologi og kroppslige problemer.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Leulfsrud, H. og Hvinden, B. (1996). Analyse av kvalitative data: Fiksérbilde eller puslespill? I: H. Holter og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lillemoen, L. (2006). Jeg må finne min måte å utøve sykepleie på. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8 (2), 3-12.
- Lohne, V. og Knutstad, U. (2001). *Sykepleiestudenter i kliniske studier – en observasjonsstudie.* HiO-notat 2001, nr.6.
- Lomborg, K. (2001). Kroppens betydninger i sykepleien. I: E. Gjengedal og R. Jakobsen (red.). *Sykepleie – praksis og utvikling.* (s.75-93). Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.
- Lomborg, K. og Kirkevold, M. (2005). Curtailing: Handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 19 (2), 148-156.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1993). *Omsorg, sykepleie og medisin.* Oslo: Tano A.S.
- Martinsen, K. (1989). *Fra Marx til Løgstrup.* Oslo: Tano A.S.
- Mathisen, J. (1993). *Sykepleiehistorie.* Oslo: Universitetsforlaget

Mekki, T. E. og Tollefsen, S. (1998). *Utvikling av læreplaner for praksis. Et samarbeid mellom Haukeland sykehus og høgskolen i Bergen*. Bergen: Høgskolen i Bergen. Rapport nr.9.

Mekki, T. E. og Pedersen, S. (red.). (2005). *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing. Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott.

Molander, B. (1993) *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos.

NESH (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Forskningsetiske komiteer.

Nielsen, K. og Kvale, S. (red.) (1999). *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Nielsen, K. og Kvale, S. (red.) (2003a). *Praktikkens læringslandskap – At lære gjennom arbejde*. København: Akademisk Forlag.

Nielsen, K. og Kvale, S. (2003b). Vandringer i praktikkens læringslandskap. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). *Praktikkens læringslandskap – At lære gjennom arbejde*. (s.16-38). København: Akademisk Forlag.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Nord, R. (1998). Ulike typer design. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s.24-38). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Tano Aschehoug.

Nortvedt, P. (2003). Observasjon av pasient – hvordan? I: I. T. Bjørk og M. S. Bjerknes (red.). *Å lære i praksis: en veiviser for studenten* (s.67-87). Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug

Orland-Barak, L. og Wilhelem, D. (2005). Novices in clinical practice settings: Student nurses stories of learning the practice of nursing. *Nurse Education Today*, 25 (6), 455-464.

Owens, L. D. og Walden, D. J. (2001). Peer Instruction in the Learning Laboratory: A Strategy to Decrease Student Anxiety. *Journal of Nursing Education*, 40 (8), 375-377.

Petersen, K. A. (red.). (2001). *Praktikker i erhverv og uddannelse*. København: Akademisk Forlag.

Petersen, Karin Anna (2001a). Om teoriens rolle i professionspraktikker og uddannelser hertil. I: K. A. Petersen (red.). *Praktikker i erhverv og uddannelse* (s.148-187). Danmark: Akademisk.

Pettersen, R. C. (2005). *Kvalitetslæring i høgere utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rogan, F. og Wyllie, A. (2003). Engaging undergraduate nursing students in the care of elderly residents in Australian nursing homes. *Nurse Education in Practice*, 3 (2), 95-103.

Rummelhoff, G. K. (2003). *Hva om det hadde vært din mor eller far? Hva opplever sykepleiestudenter som moralske problemer på sykehjem og hvordan velger de å forholde seg til slike problemer?* Hovedoppgave. Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 53 (3), 304-310.

Saugstad, Tone (2001). Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv. I: K. A. Petersen (red.). *Praktikker i erhverv og uddannelse* (s.188-210). Danmark: Akademisk.

Saugstad, Tone (2003). Forholdet mellem teori og praksis. I: T. Saugstad og R. Mach-Zagal. *Sundhedspædagogik for praktikere* (s.179-195). København: Munksgaard Danmark.

Saugstad, Tone (2003b). Erfaring, erfaringspædagogik og situert læring. I: Saugstad, T. og Mach-Zagal, R. *Sundhedspædagogik for praktikere* (s.153-168). København: Munksgaard.

Solvoll, B. A. og Heggen, K. (2003). Læring i sykepleiepraksis. I: I. T. Bjørk og M. S. Bjerknes (red.). *Å lære i praksis – en veiviser for studenten* (s.15-45). Oslo: Universitetsforlaget.

Sosialdepartementet, Helsedirektoratet. Midlertidige vilkår for offentlig godkjenning av læreanstalter til utdanning i alminnelig sykepleie. Jnr.1821/75 H.dir.6 1975.

Stewart, I. M. (1929). The science and art of nursing (editorial). *Nursing Education Bulletin*, 2 (1).

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi – for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Touhy, T. A. (1997). The Complexity of Basic Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 23 (5), 5-6.

UFD (2005). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Ugland, R. L. (1998). *Ren og velstelt?* Hovedoppgave med Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

UHR (2006). *Notat om og forslag til revidering av rammeplan for sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitets- og høyskolerådet.

Wackerhausen, S. (1999). Det skolaske paradigmat og mesterlære. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). *Mesterlære. Læring som sosial praksis* (s.182-193). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Wisløff, E. M. S. (1998). *Det handler om å lære. Om ansvar, kreativitet, frigjøring og reflekterende fortellinger*. Oslo: Tano Aschehoug.

Wyller, I. (1978). *Sykepleiens verdenshistorie*. Oslo: Fabritius forlagshus.

Yates, P., Cunningham, J., Moyle W. og Wollin, J. (1997). Peer mentorship in clinical education: outcomes of a pilot programme for first year students. *Nurse Education Today*, 17 (6), 508-514.

Zeller, J. M., McCain, N. L. og Swanson, B. (1996). Psychoneuroimmunology: an emerging framework for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (4), 657-664.

Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg -": vitenskapsteori og i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 Oslo  
Tlf. 22237365  
E-mail: grebry@online.no

Oslo, 29.09.00

I forbindelse med hovedoppgaven min ved Institutt for sykepleievitenskap, planlegger jeg å gjøre en empirisk undersøkelse av sykepleierstudenters kliniske praksis. Jeg ber hermed om tillatelse til å utføre denne studien ved  
Min veileder er Ida Torunn Bjørk.

Arbeidstittel eller tema for oppgaven er *"læring og utvikling av praktiske ferdigheter i en naturlig setting"*.

I kliniske studier skal studentene blant annet lære, utvikle og bli sikrere i sin praktiske ferdighetsutøving. De kliniske studiene er antakelig den viktigste delen av utdanningen når det gjelder utvikling av praktisk handlingskompetanse. Samtidig har dette vært en meget utfordrende og til dels vanskelig del av skolens utdanningsprogram, særlig de senere årene. Praksisfeltet er presset på mange måter, og læringsbetingelsene for studentene er ikke alltid optimale. Selv om det stadig må arbeides med å forbedre de ytre rammene, er det også viktig å kunne skape best mulige læringsbetingelser innenfor de rammer skolene sannsynligvis må forholde seg til i årene som kommer. Det blir da viktig å belyse eller få kunnskaper om hvordan studentene lærer og utvikler sine ferdigheter gjennom kliniske studier innenfor de gitte rammer.

Jeg har valgt å studere studenter som er ute i sin første praksisperiode på sykehjem. Intensjonen er å studere deres læring og utvikling mer systematisk og med "andre briller" enn jeg har anledning til når jeg er i en lærer- og veilederrolle. Som lærer vil det være vanskelig å fokusere kun på den praktiske ferdighetsutviklingen; - det pedagogiske ansvaret læreren har for studenten og for skolens målsetting for praksisperioden, krever at man forholder seg til mye på en gang. Dette vil styre hva det er mulig og hensiktsmessig å fokusere på i studentenes læreprosess. Ved å studere studentenes praktiske ferdighetsutvikling atskilt fra lærer- og veilederrollen, håper jeg således å belyse og muligens få en bedre forståelse for denne delen av studentenes læring i praksis.

Studien vil ha et beskrivende / utforskende design. Deltakende observasjon og intervju er valgt som metode. Planen er å observere studentene mens de utfører morgenstell tre ganger i løpet av praksisperioden. Intervjuet vil finne sted etter siste observasjon. Det vil være ønskelig med et utvalg på fire til seks studenter.

For å styrke den forskningsmetodiske delen av studien, ber jeg også om å få anledning til å gjennomføre en pilotundersøkelse i løpet av høsten 2000, der jeg observerer en

eller to studenter fra andre eller tredje studieår to ganger i løpet av deres praksisperiode.

Til sist en kort redegjørelse for tidsperspektivet og det jeg vil trenge av ressurser fra skolens side. Pilotundersøkelsen vil som sagt foregå denne høsten. Hovedstudien planlegges utført når første gruppe av studenter skal ut i sine kliniske studier våren 2001. Denne høsten vil ved siden av å gjennomføre en pilotstudie brukes til planlegging og tilrettelegging. Det jeg så langt kan se at jeg trenger av ressurser fra skolens side, er følgende:

- noe tid til planlegging sammen med studieleder for førsteårsstudentene
- noe tid sammen med studieleder i 2. eller 3. studieår når det gjelder pilotstudien
- tid til informasjon til lærerne på et 1.års-møte
- tid til å informere og rekruttere studenter til hovedstudien og pilotstudien
- eventuelt noe samarbeid med lærere som har ansvaret for de studentene som deltar i pilot- og hovedstudie, for eksempel når det gjelder tidspunkt for observasjoner og valg av pasienter

Når det gjelder praksisstedene, regner jeg med å kontakte de aktuelle institusjonene selv, når dette er avklart med studieleder.

Jeg håper dere finner dette interessant og ser fram til å høre fra dere så snart som mulig.

Vennlig hilsen

Grethe Brynildsen

Grethe Brynhildsen  
Langemyrgrenda 45 B  
0861 Oslo

29. november 2000

**Søknad om empirisk undersøkelse vedrørende sykepleierstudentenes  
kliniske praksis**

Vi takker for henvendelsen og synes du har valgt en spennende arbeidstittel for din hovedoppgave.

Vi er ser gjerne at du bruker vår høyskole /studenter til dette.

Studieleder vil være din kontaktperson i forhold til kontakt og forespørsel til 1.års studentene.

Vi ønsker deg lykke til med oppgaven og ser fram til de resultater du måtte få.

Vennlig hilsen

avd.leder

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 Oslo

Oslo, 30.11.00

Institusjonssjef

ved

**SØKNAD OM Å FÅ UTFØRE EN STUDIE AV SYKEPLEIERSTUDENTERS  
UTVIKLING AV PRAKTISKE FERDIGHETER I KLINISKE STUDIER VED**

I forbindelse med hovedoppgaven min ved Institutt for sykepleievitenskap, planlegger jeg å gjøre en empirisk undersøkelse av sykepleierstudenters kliniske praksis.

har gitt tillatelse til studien fra skolens side, og  
jeg ber hermed om tillatelse til å utføre studien ved Min  
veileder er Ida Torunn Bjørk, dr. polit., Rådgiver ved sjefsykepleiers kontor,  
Rikshospitalet.

Arbeidstittel eller tema for oppgaven er *"Sykepleierstudenters læring og utvikling av praktiske ferdigheter i en naturlig klinisk setting"*.

I kliniske studier skal studentene blant annet lære, utvikle og bli sikrere i sin praktiske ferdighetsutøving. De kliniske studiene er antakelig den viktigste delen av utdanningen når det gjelder utvikling av praktisk handlingskompetanse. Samtidig har dette vært en meget utfordrende og til dels vanskelig del av skolens utdanningsprogram, særlig de senere årene. Praksisfeltet er presset på mange måter, og læringsbetingelsene for studentene er ikke alltid optimale. Selv om det stadig må arbeides med å forbedre de ytre rammene, er det også viktig å kunne skape best mulige læringsbetingelser innenfor de rammer skolene og praksisfeltene sannsynligvis må forholde seg til i årene som kommer. Det blir da viktig å belyse eller få kunnskaper om hvordan studentene lærer og utvikler sine ferdigheter gjennom kliniske studier innenfor de gitte rammer. Intensjonen er å studere deres læring og utvikling mer systematisk og med "andre briller" enn jeg har anledning til når jeg er i en lærer- og veilederrolle. Som lærer vil det være vanskelig å fokusere kun på den praktiske ferdighetsutviklingen; - det pedagogiske ansvaret læreren har for studenten og for skolens målsetting for praksisperioden, krever at man forholder seg til mye på en gang. Dette vil styre hva det er mulig og hensiktsmessig å fokusere på i studentenes læreprosess. Ved å studere studentenes praktiske ferdighetsutvikling atskilt fra lærer- og veilederrollen, håper jeg således å belyse og muligens få en bedre forståelse for denne delen av studentenes læring i praksis.

I studien min har jeg valgt å studere studenter som er ute i sin første praksisperiode på sykehjem. Studien vil ha et beskrivende / utforskende design. Deltakende observasjon og intervju er valgt som metode. Studentene vil bli observert tre ganger i løpet av praksisperioden mens de hjelper en pasient / beboer med morgenstell. De vil bli observert i begynnelsen, midt i og mot slutten av praksisperioden. Studentene skal



helst ha ansvaret for den samme pasienten / beboeren hver gang de blir observert, dersom ikke noe uforutsett hender. Jeg kommer til å være nøytral observatør og kommer ikke til å delta i det som skjer. Intervjuet vil finne sted etter siste observasjon. Utvalget vil bestå av totalt seks studenter, fordelt på ulike poster / avdelinger. Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Dette gjelder også navn på skole og institusjon som er involvert. Melding om prosjektet vil bli sendt til Datafaglig sekretariat.

Studien vil foregå i løpet av januar og februar 2001. Studentene som deltar, vil få det samme tilbudet og den samme oppfølging fra skole og praksisfelt som de øvrige studentene; denne studiens observasjoner og intervju kommer i tillegg.

For posten vil studien bety at det i tillegg til lærer kommer en person og observerer studentene tre ganger i løpet av praksisperioden. Når studenten skal intervjues, bør dette skje på et rom der vi kan snakke uforstyrret. Dersom institusjonen har vanskeligheter med å stille et rom til disposisjon, kan dette ordnes på andre måter. Jeg vil avklare med avdelingsleder, kontaktsykepleier og lærer hvilke dager det er hensiktsmessig å observere studentene. Jeg vil også be om at avdelingsleder eller en annen sykepleier spør pasientene om muntlig tillatelse før jeg blir med studenten inn til vedkommende. Det hadde vært en fordel å bli litt kjent på posten / avdelingen før jeg skal observere studentene, men det er ingen forutsetning. Jeg kommer også gjerne og informerer om studien. Dette vil jeg i så fall avklare nærmere. Ut over det jeg her skisserer, vil ikke studien bety noen belastning for posten.

Jeg håper dere finner dette interessant og at det vil være mulig å utføre studien ved  
Jeg svarer gjerne på spørsmål dere måtte ha om studien.  
Jeg kan treffes på telefon 22237365 / 95210964 eller via mail: grebry@online.no  
Jeg tillater meg å ta kontakt på telefon i løpet av en uke og ser fram til å høre fra dere.

Vennlig hilsen

Grethe Brynildsen

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 Oslo

*Deres ref.*

*Vår ref.*

*Arkiv*

Dokument2

*Dato*  
20.12.2000

**SØKNAD OM Å FÅ UTFØRE EN STUDIE AV SYKEPLEIERSTUDENTERS UTVIKLING AV PRAKTISKE FERDIGHETER I KLINISKE STUDIER VED**

Viser til Deres brev, datert 30.11.00 og samtaler vedrørende Deres forestående studie.

Med utgangspunkt i Deres søknad har vi ingen innvendinger til den foreliggende forespørsel.  
Vi ønsker deg velkommen til å utføre studiet ved \_\_\_\_\_ og vil ønske  
deg lykke til med Deres videre arbeid.

Vennlig hilsen,

Direktør

## SKRIFTLIG INFORMASJON MED SAMTYKKEERKLÆRING TIL STUDENTENE

Kjære student!

I forbindelse med min hovedfagsoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap ønsker jeg å studere hvordan sykepleierstudenter lærer og utvikler ferdighetene sine i løpet av en praksisperiode. Dette er en kort informasjon om denne studien, og samtidig er det en invitasjon til å delta i studien. Min veileder er Ida Torunn Bjørk, dr. polit, Rådgiver ved sjefsykepleiers kontor, Rikshospitalet.

Studiens problemstilling er:

- *Hva karakteriserer studentenes læring og utvikling av praktiske ferdigheter i løpet av første praksisperiode på sykehjem?*

Hensikten med denne studien er å belyse aspekter ved studentenes læring og utvikling som vi bør vite mer om. Ønsket er å få en bedre forståelse av hva som skjer i løpet av en praksisperiode. Dette for å kunne utvikle og forbedre læringstilbudet til studenter når de er i praksis.

Deltakelse i denne studien innebærer at jeg vil observere deg tre ganger i løpet av praksisperioden, mens du hjelper en beboer / pasient med morgenstell. Det vil være den samme beboeren / pasienten hver gang, dersom ikke noe uforutsett skjer, og det skal helst være en beboer / pasient du har et spesielt ansvar for og som du blir godt kjent med. Jeg kommer til å være nøytral observatør og kommer ikke til å delta i det som skjer. Under observasjonen kommer jeg til å notere det jeg observerer. Observasjonene vil finne sted i begynnelsen, midt i og mot slutten av praksisperioden. Etter siste observasjon ønsker jeg å ha et intervju med deg, der vi snakker om morgenstellsituasjonene, og du sier noe om dine opplevelser og læreerfaringer i praksis. I denne samtalen vil jeg benytte en båndopptaker. Disse båndene vil bli oppbevart nedlåst og slettet når oppgaven min er blitt vurdert.

Deltakelse i studien er frivillig, og dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Skolen eller praksisstedet har ikke tilgang på noe av det jeg ser eller registrerer. Ingen vil kunne gjenkjennes i oppgaven eller eventuelle artikler basert på den. De som deltar i studien, vil få det samme tilbudet og den samme oppfølging fra skole og praksisfelt som de andre studentene.

Studien vil inkludere fire til seks studenter, og disse vil være på to ulike praksissteder sentralt i Oslo. Studien vil foregå i januar og februar 2001. Dersom mange ønsker å delta, vil jeg foreta et utvalg blant de som har levert skriftlig samtykke og bakgrunnsopplysninger. De øvrige samtykkeerklæringer og opplysninger vil bli oppbevart nedlåst til selve undersøkelsen er over. Deretter vil de bli makulert. Dette for å ha mulighet til å kontakte nye deltakere, dersom noen av deltakerne av en eller annen grunn må trekke seg fra studien.

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, ber jeg deg å skrive under på det skriftlige samtykket og fylle ut noen bakgrunnsopplysninger på det vedlagte arket. Alt legges i lukket konvolutt med mitt navn på og leveres i skolens ekspedisjon innen mandag 20.11. kl. 15.00.

Ønsker du flere opplysninger om studien, er du velkommen til å ta kontakt med meg på telefon: 22237365 eller via e-mail: grebry@online.no

Med vennlig hilsen

Grethe Brynildsen

Klipp

-----

#### **SKRIFTLIG SAMTYKKE**

Jeg samtykker til å delta i Grethe Brynildsens undersøkelse av sykepleierstudenters læring og utvikling av praktiske ferdigheter i første praksisperiode på sykehjem. Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon. Jeg er informert om hensikten med undersøkelsen og hva min deltakelse består i. Min deltakelse er frivillig, og jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen. Jeg er kjent med at data vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert og at data vil bli slettet når oppgaven er vurdert.

Dato.....

Underskrift.....

**BAKGRUNNSOPPLYSNINGER OM STUDENTER SOM ØNSKER Å DELTA  
I STUDIEN OM SYKEPLEIERSTUDENTERS LÆRING OG UTVIKLING AV  
PRAKTISKE FERDIGHETER I FØRSTE PRAKSISPERIODE PÅ  
SYKEHJEM**

- Alder: .....år
- Kjønn:           Mann: ☐           Kvinne: ☐
- Har studert ved andre høyskoler eller universitet før sykepleierutdanningen:   Ja: ☐       Nei: ☐
- Er utdannet hjelpepleier eller omsorgsarbeider:           Ja: ☐       Nei: ☐
- Har jobbet som pleieassistent før sykepleierutdanningen:           Ja: ☐       Nei: ☐
- Jobber som hjelpepleier eller pleieassistent ved siden av studiene:   Ja: ☐       Nei: ☐
- Har ingen erfaring med å stelle pasienter: ☐

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 Oslo

Oslo, 01.12.00.

Til

---

Du er en av studentene som er valgt ut som deltaker i den studien jeg skal gjennomføre. Alle studentene som deltar i studien, vil ha sin praksis på samme sted, men på ulike poster / avdelinger. Det hadde vært fint å snakke med dere før jul, slik at dere blir litt bedre kjent med meg og kan få svar på eventuelle spørsmål dere måtte ha. Så vidt jeg forstår, skal dere ha en samtale med den læreren som skal være veileder i praksis. Jeg håper det da kan være en mulighet at vi kan snakkes før – eller etter den samtalen; - alt etter hva som er mest praktisk. Jeg regner ikke med at vi trenger å bruke så mye tid, det blir i grunnen opp til dere. Dato og klokkeslett går jeg ut fra at lærer avtaler med dere, og jeg innretter meg etter det.

Dersom du har spørsmål, må du bare ta kontakt med meg, enten på telefon:  
22237365 / 95210964 eller via mail: [grebry@online.no](mailto:grebry@online.no)

Takk for at du var villig til å delta i studien. Jeg gleder meg til dette og håper dette blir en positiv erfaring for dere også!

Vennlig hilsen

Grethe Brynildsen

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 Oslo

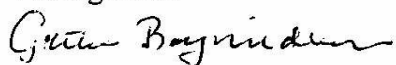
Oslo, 12.12.2000

Til studentene som skal delta i undersøkelsen.

Jeg har i dag hatt en samtale med en saksbehandler ved Datafaglig sekretariat og ble i den forbindelse bedt om å presisere skriftlig for dere et aspekt ved det som har med anonymitet og konfidensialitet å gjøre. I det skriftlige informasjonsskrivet dere fikk, skrev jeg at jeg ville gjøre et utvalg blant de studentene som leverte inn skriftlig samtykke og bakgrunnsopplysninger. Jeg skrev også at "de øvrige" samtykkeerklæringer og opplysninger ville bli oppbevart nedlåst til undersøkelsen var over. Også samtykkeerklæringene og opplysningene fra dere som ble valgt ut til å delta i studien vil bli oppbevart til prosjektperioden er over. De vil bli oppbevart nedlåst i et eget skap. Ingen navn eller personidentifiserbare opplysninger vil bli knyttet til datamaterialet eller registrert / oppbevart sammen med datamaterialet fra undersøkelsen. Samtlige samtykkeerklæringer og bakgrunnsopplysninger vil bli makulert når prosjektperioden er over.

Forøvrig er det ingen endring i de opplysningene dere har fått av meg tidligere når det gjelder anonymitet og konfidensialitet eller noen av de andre aspektene ved undersøkelsen. Dersom dere har noen spørsmål til dette, er dere velkommen til å ta kontakt med meg på telefon: 22237365 / 95210964 eller via mail: [grebry@online.no](mailto:grebry@online.no)

Vennlig hilsen



Grethe Brynildsen



Hans Holmboesgt. 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47/ 55 58 21 17  
Fax: +47/ 55 58 96 50  
E-mail: nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no

Grethe Brynildsen  
Langmyrgrenda 45 B  
0861 OSLO

Vår dato: 17.01.2001

Vår ref: 200001252 KJ / RH

Deres dato:

Deres ref:

## FORSKNINGSPROSJEKT SOM OMFATTES AV MELDEPLIKT

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.12.2000. Meldingen gjelder prosjektet:

*8024 Sykepleierstudenters læring og utvikling av praktiske ferdigheter i en naturlig klinisk setting*

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon, finner Datafaglig sekretariat at behandlingen av personopplysningene vil være meldepliktig i henhold til Lov om behandling av personopplysninger (POL) § 31.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å belyse og få en bedre forståelse av hvordan studentene lærer og utvikler sine praktiske ferdigheter i klinisk praksis.

Utvalget omfatter 4-6 sykepleierstudenter i første studieår som er ute i sin første kliniske praksis på sykehjem. Prosjektleder vil være tilstede i en forelesning og orientere om prosjektet. Interesserte gir aktiv tilbakemelding.

Det skal ikke samles inn sensitive opplysninger. Opplysninger samles inn gjennom observasjon og intervju:

- a) Spørreskjema: Bakgrunnsopplysninger om studentene innhentes på forhånd fra studentene selv. Dette vil være opplysninger om alder, kjønn, tidligere erfaring og utdanning.
- b) Observasjon: Prosjektleder observerer studentene en og en tre ganger i løpet av en 8 ukers praksisperiode mens de hjelper en pasient med morgenstell. Prosjektleder tar feltnotater under observasjonen. Alle handlinger studentene foretar under morgenstellet, hvordan handlingene utføres og studentens væremåte og kommunikasjon med pasienten, noteres ned.
- c) Intervju: Det skal gjennomføres et intervju med hver student etter siste (tredje) observasjon. Intervjuet tas opp på lydbånd. Her blir det fokusert på ulike aspekter ved morgenstellsituasjonen og hvordan studenten selv opplever sin ferdighetsutvikling.



Innsamlede opplysninger registreres elektronisk sammen med et referansenummer som viser til en manuell navneliste som oppbevares atskilt. Navn på institusjonen vil ikke bli registrert. Det vil ikke bli registrert noen personidentifiserbare opplysninger om pasienten.

Det innhentes tillatelse til å gjennomføre studien fra ledelsen ved de aktuelle sykepleiehøgskolene og ledelsen ved de aktuelle praksisinstitusjonene.

Prosjektleder vil orientere muntlig om prosjektet under en forelesning. Informasjonsbrev med samtykkeerklæring og skjema med spørsmål om bakgrunn deles ut til studentene. De som ønsker å delta i studien leverer skriftlig samtykke og skjema med bakgrunnsopplysninger i lukket konvolutt med prosjektleders navn på, i skolens ekspedisjon. Prosjektleder har i ettertid sendt ut et nytt informasjonsskriv med supplerende opplysninger om konfidensiell behandling og anonymisering av datamaterialet.

Pasientene vil få muntlig informasjon om prosjektet fra avdelingssykepleier / ansvarlig sykepleier ved den aktuelle institusjonen. Prosjektleder vil utarbeide skriftlig informasjon som sykepleierne kan forholde seg til når muntlig informasjon blir gitt. Denne informasjonen vil fokusere på formål med undersøkelsen, presentasjon av prosjektleder, hva som konkret skal skje i prosjektet og hva pasienten skal delta i, at det ikke skal registreres opplysninger som kan identifisere den enkelte pasient, at det er frivillig å delta og hvordan de evt. kan reservere seg mot deltakelse. Avdelingssykepleier må forvisse seg om at de har forstått hva det går ut på og at de ikke har noe i mot det.

Ved prosjektslutt, høsten 2001, vil datamaterialet bli anonymisert.

Opplegget for undersøkelsen vil ut fra dette fylle kravene for meldeplikt. Det er grunn til å understreke at de alminnelige regler for behandling av personopplysninger fremdeles vil gjelde, jf. POL kapittel II, III og IV.

Dersom undersøkelsesopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Det gjøres forøvrig oppmerksom på at det skal gis ny melding etter etter at forrige melding ble gitt, dersom prosjektet fortsatt pågår, jf. § 31 tredje ledd.

Kontaktperson: Kathrin Jakobsen tlf: 55588920

Vennlig hilsen  
Datafaglig sekretariat

  
Bjørn Henrichsen

  
Kathrin Jakobsen



Grete Brynhildsen  
Institutt for sykepleievitenskap  
UiO  
Postboks 1120 Blindern  
0317 OSLO

Deres ref

Vår ref (bes oppgitt ved svar)  
2001/370-2 MBA

Dato  
15.02.01

## **KVITTERING FOR MOTTATT MELDING I HENHOLD TIL PERSONOPPLYSNINGSLOVEN § 31**

I overensstemmelse med personopplysningsloven § 31, 2.ledd, 2. punktum, gis med dette kvittering for mottak av en melding om behandling av personopplysninger datert 18.01.2001.

Datatilsynets referansenummer på meldingen er: 67

Vi gjør oppmerksom på at denne kvittering bare er en bekreftelse på at Datatilsynet har mottatt meldingen. Kvitteringen er ikke et uttrykk for at Datatilsynet har vurdert om behandlingen av personopplysninger tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven. Den behandlingsansvarlige er selv ansvarlig for at disse kravene er oppfylt.

Datatilsynet gjør oppmerksom på at den behandlingsansvarlige må sende ny melding i henhold til personopplysningsloven § 31 tredje ledd. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

*"Ny melding må gis før behandling som går ut over den rammen for behandling som er angitt i medhold av § 32. Selv om det ikke har skjedd endringer, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt".*

Meldingens innhold vil være offentlig tilgjengelig, i overensstemmelse med personopplysningsloven § 42 annet ledd nr 1.

Med hilsen

Knut-Brede Kaspersen (e f) (sign)  
seksjonssjef

## **OBSERVASJONSGUIDE**

Observasjonsguiden tar utgangspunkt i de hovedtrinnene som må være med for at morgenstellet skal utføres tilfredsstillende. Imidlertid vil en her måtte ta høyde for konteksten og pasientens ønsker og behov, så fleksibilitet vil være nødvendig.

Hovedtrinnene er som følger:

- Forberede pasienten
- Finne fram nødvendig utstyr, klær etc.
- Legge alt til rette for utførelsen
- Sørge for at pasienten ligger / sitter i en behagelig og hensiktsmessig stilling
- Vask av ansikt og hender
- Vask av kroppen
  - Overkropp
  - Intimhygiene
  - Føtter
- Påkledning
- Tannstell
- Stell av håret
- Eventuelt barbering
- Følge pasienten til dagligstue, spisestue, til en stol etc. eller legge pasienten godt til rette i sengen
- Se etter / spørre om pasienten har det bra; - om det er noe spesielt han trenger
- Sengereing, rydding, rengjøring

## INTERVJUGUIDE

- Kan du beskrive hvordan det var å komme ut i praksis?
  - Hva følte du?
  - Hvordan ble du mottatt?
- Kan du beskrive hvordan kontaktsykepleier eller en annen person lærte deg hvordan beboeren din skulle stelles?
  - Snakket dere sammen før eller etter stellet?
  - Hvilke begrunnelser ga vedkommende for hvordan stellet skulle gjennomføres?
  - Hvilke tanker gjorde du deg mens du ble vist hvordan dette skulle gjøres og hvilke tanker hadde du etterpå?
  - Hvor mange ganger stelte du beboeren sammen med kontaktsykepleier eller andre før du stelte alene?
  - Observerte noen deg mens du stelte beboere og ga deg feed-back i løpet av praksisperioden?
- Kan du beskrive hvordan det var å stelle beboeren din første gang alene?
  - Hva synes du var lett?
  - Hva var vanskelig?
  - Hvordan forberedte du deg på dette?
  - Hvilke tanker gjorde du deg i forbindelse med det første stellet?
  - Når leste du pleiedokumentasjonen og journalen til beboeren din?
- Kan du beskrive forskjellen på det å stelle beboeren din nå og første gang?
  - Hva er annerledes og hvorfor?
  - Hvordan forbereder du deg nå?
  - Hvilke tanker gjør du deg i forbindelse med stellet nå?
  - Hva er spesielt viktig for din beboer?
  - Hvorfor?
- Kan du si noe om hva du har lært av det å stelle beboere i denne praksisperioden?
  - Hvordan opplever du at du har lært og utviklet dine praktiske ferdigheter i løpet av denne praksisperioden?
  - Hva synes du at du mestrer bra?
  - Hva er du fortsatt usikker på?
- Hvilke personer opplever du har hatt betydning for din faglige utvikling i løpet av praksisperioden?
  - På hvilken måte har den eller disse personene betydd noe for deg?